هنر بازی

بازنویسی و بازآرایی

ترجمه: طاهره نجفی، مرتضی زینعلی

زیر نظر و ویرایش: صدیقه سالمی

اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

DVD رایگان

۲۰۰۸ ویرایش انگلیسی

اصول مدافعه‌ی ویژه در

ICO - CCO - دیالیز

تألیف حسین شیرزاد ملقب به رازه هنرور

عضو هیئت علمی شبیه کشتی



اصول مراقبتهای ویژه در

CCU - ICU - دیالیز

تالیف حسین شیرزاد ملافت‌ک، دارنده مدرک

عضو هیئت علمی شبیه کشتی



کتابخانه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی
شماره ثبت ۲۱۰۳۹
هندبوک پزشکاری پروتز و سودارث

داخلی و جراحی

ویرایش یازدهم ۲۰۰۸

به انضمام سوالات ارشد سراسری، مدرس و آزاد ۸۶

زیرنظر و ویرایش:صدیقه سالمی

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

ترجمه:طاهره نجفی

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشجوی دکترای پرستاری

مرتضی زینعلی

دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی
واحد تحقیقات و انتشارات

سرشناسه: جانسون جویس‌یانگ Johnson, Joyce Young
عنوان و نام: هندبوک پرستاری برونر و سودارث داخلی و جراحی / جویس یانگ جانسون؛
پدیدآور: زیرنظر و ویرایش صدیقه سالمی : ترجمه طاهره نجفی، مرتضی زینعلی
مشخصات نشر: تهران:سالمی: جامعه‌نگر، ۱۳۸۶.
مشخصات ظاهری: ۹۳۶ ص.: ۱۱×۱۷ س م.
شابک: ۶۹۰۰۰ریال: شومیز: 9789648760439 هارد:۸۹۰۰۰ ریال :9789648760439
وضعیت‌فهرست‌نویسی: فیپا
یادداشت: کتاب حاضر چکیده‌ای است از کتاب: Brunner& suddarth's textbook of medical surgical nursing 11th ed, c2008
یادداشت: عنوان دیگر: هندبوک پرستاری داخلی و جراحی برونر و سودارث ۲۰۰۸.
یادداشت: نمایه.
عنوان دیگر: پرستاری داخلی ـ جراحی.
عنوان دیگر: هندبوک پرستاری داخلی ـ جراحی برونر و سودارث ۲۰۰۸.
موضوع: جراحی ـ ـ دستنامه‌ها
موضوع: جراحی ـ ـ پرستاری و مراقبت ـ ـ دستنامه‌ها
شناسه افزوده: نجفی، طاهره مترجم.
شناسه افزوده: زینعلی، مرتضی، ۱۳۵۳ ـ مترجم
شناسه افزوده: سالمی، صدیقه، ۱۳۲۷ ـ، ویراستار
شناسه افزوده: برونر، لیلیان شولتس، ۱۹۱۸ ـ م. Brunner, Lillian sholtis پرستاری داخلی ـ جراحی.
شناسه افزوده: سودارث، دوریس اسمیت، Suddarth, Doris Smith پرستاری داخلی ـ جراحی.
رده بندی کنگره: ۱۳۸۶ ۵۰۱۷ د۲ ج/RT ۵۱
رده‌بندی دیویی: ۶۱۷/۰۲۳۱
شماره کتابخانه ملی: ۱۰۹۸۴۷۷

هندبوک پرستاری داخلی و جراحی برونر و سودارث ۲۰۰۸
ترجمه طاهره نجفی، مرتضی زینعلی، ویرایش صدیقه سالمی
صفحه‌آرایی: نشر سالمی، طرح جلد: انوشیروانی
ناظر چاپ: حمید الوندی
لیتوگرافی: آبرنگ، چاپ: پیک فرهنگ، صحافی: سیدین
تیراژ: ۳۳۰۰ نسخه، نوبت چاپ: دوم ۱۳۸۷
بها با جلد شومیز: ۶۹۰۰۰ ریال، بها با جلد هارد: ۸۹۰۰۰ ریال
شابک ۹-۴۳-۸۷۶۰-۹۶۴-۹۷۸ ISBN: 978-964-8760-43-9

مرکز فروش و پخش: دفتر مرکزی نشر سالمی و جامعه‌نگر
روبروی درب اصلی دانشگاه تهران، خیابان فخررازی، خیابان وحیدنظری، پلاک ۱۹۴ ـ تلفن ۶۴۹۴۱۸۷ و ۶۴۹۳۷۱۶

توجه!!!

تمامی حقوق برای ناشر محفوظ است. این کتاب مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸/۱۱/۱۱ و قانون ترجمه و تکثیر کتب و نشریات و آثار صوتی مصوب ۱۳۵۰/۱۰/۰۶ می‌باشد. بازنویسی، خلاصه‌برداری یا برداشت بخشی از متن یا شکل‌ها و جدول‌های کتاب و انتشار آن در قالب کتاب‌های ترجمه، تألیف، خلاصه، تست یا نرم‌افزار بدون اجازهٔ کتبی ناشر، غیرقانونی و شرعاً حرام بوده و موجب پیگرد قانونی می‌شود.

پیشگفتار

هندبوک پرستاری داخلی و جراحی برونر و سودارث ۲۰۰۸ مکمل و مروری از مجموعه ۱۶ جلدی برونر و سودارث است که با استقبال دانشجویان و اساتید پرستاری سراسر کشور روبرو شده است.

کتاب حاضر که چکیده درسنامه فوق می‌باشد دربر گیرنده اطلاعات مربوط به بیش از ۲۰۰ نوع از بیماریهای شایع داخلی و جراحی می‌باشد. سعی شده است اعم مطالب داخلی جراحی در این مجموعه گنجانده شود. در تلخیص آن نکات و نیازهای بالینی دانشجویان نیز مورد نظر بوده است.

سعی و تلاش مترجمان این کتاب بر این بوده ترجمه‌ای روان و با رعایت امانت‌داری کامل خدمت جامعهٔ پرستاری ارایه کنند. در اول کتاب فهرست بیماریها بر اساس اسامی فارسی و لاتین و در پایان کتاب واژه‌های مهم و کلیدی به صورت نمایه آمده است تا دسترسی به اطلاعات سریعتر صورت گیرد. از آنجایی که این کتاب به‌عنوان یک نیاز ضروری جهت دانشجویان پرستاری و پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی و جراحی و داوطلبان امتحانات مختلف پرستاری بویژه کارشناسی ارشد مورد استفاده می‌باشد سوالات کارشناسی ارشد سراسری، مدرس و آزاد جهت مقایسه و خودآزمایی در پایان کتاب آمده است.

انتقادات و راهنمایی‌های شما خوانندگان گرامی چراغ راه‌مان خواهد بود و بدون آن امکان پیشرفت در نشر و چاپ کتب پرستاری ممکن نیست. بنابراین منتظر پیشنهادات و انتقادات شما عزیزان هستیم.

مدیریت نشر سالمی و جامعه‌نگر
مرتضی زینعلی

فهرست لاتین

A

Acquired Immunodeficiency syndome Acute Respiratory.. ۲۷
Distress Syndrome ۴۷
Addison's Disease..... ۵۰
(Primary Adrenocortical Insufficiency)..... ۵۰
Alzheimer's Disease ۵۵
Amyotrophic Lateral Sclerosis ۶۱
Anaphylaxia..... ۶۳
Anemia..... ۶۶
Anemia, Aplastic..... ۷۱
Anemia, Iron-Deficiency ۷۳
Anemia, Megaloblastic..... ۶۷
(Vitamin B12 and Folic Acid Deficiency)..... ۶۷
Anemia, Sickle Cell ۷۹
Aneurysm, Aortic ۸۶
Aneurysm, Intracranial ۹۰
Angina Pectoris..... ۹۶
Aortic Insufficiency (Regurgitation) ۱۰۱
Aortic Stenosis ۱۰۳
Appendicietis..... ۱۰۴
Arterial Embolism and ۱۰۷
Arterial Thrombosis..... ۱۰۷
Arteriosclerosis and Atherosclerosis ۱۰۹

Arthritis, Rheumatoid(RA) ۱۱۱
Asthma ۱۱۸
Asthma: Status Asthmaticus ۱۲۲

B

Back pain, low ۱۲۵
Bell's palsy ۱۳۰
Benign prostatic Hyperplasia and prostatectomy ۲۳۱
Bone tumors ۱۳۵
Bowel obstruction, large ۱۴۲
Bowel obstruction, small ۱۴۴
Brain Abscess ۱۴۶
Brain Tumors ۱۴۸
Bronchiectasis ۱۵۲
Bronchitis, chronic ۱۵۴
Buerger's Disease (Thromboangiitis Obliterans) ۱۵۶
Burn Injury ۱۵۸

C

Cancer ۱۷۷
Cancer of the Bladder ۱۹۹
Cancer of Breast ۲۰۲
Cancer of cervix ۲۱۲
Cancer of the colon and Rectum (colorectal cancer) ۲۱۸
Cancer of the Endometrium ۲۲۵
Cancer of the Esophagus ۲۲۷
Cancer of kidneys (Renal Tumors) ۲۳۲
Cancer of the larynx ۲۳۵
Cancer of the Liver ۲۴۴

Cancer of the lung (Bronchogenic carcinoma) ۲۴۸
Concer of the oral cavity..... ۲۵۱
Cancer of the ovary ۲۵۷
Cancer of the pancreas ۲۶۰
Cancer of the prostate..... ۲۶۳
Cancer of the skin (Malignant Melanoma) ۲۷۱
Cancer of the Stomach (Gastric Cancer) ۲۷۷
Cancer of the Testis..... ۲۸۲
Cancer of the thyroid..... ۲۸۴
Cancer of the vagina ۲۸۶
Cancer of the Vulva..... ۲۸۷
Cardiac Arrest ۲۹۱
Cardiomyopathies..... ۲۹۲
Cataract..... ۲۹۷
Cerebral Vascular Accident (Ischemic Stroke) ۳۰۰
Cholelithiasis (and cholecystitis)..... ۳۱۴
Chronic obstructive pulmonary Disease(COPD)..... ۳۲۲
Cirrhosis, Hepatic ۳۲۹
Constipation ۳۳۵
Contact Dermatitis..... ۳۳۸
Coronary Atherosclerosis and coronary Artery Disease.. ۳۳۹
Cushing's Syndrome..... ۳۴۳
Cystitis (Lower Urinary Tract infection) ۳۵۰

D

Diabetes Insipidus ۳۵۶
Diabetes Mellitus..... ۳۵۸
Diabetic ketoacidosis..... ۳۷۳
Diarrhea..... ۳۷۷

Disseminated intravascular coagulopathy ۳۸۳
Diverticular Disorder ۳۸۸

E

Emphysema, pulmonary ۳۹۳
Empyema ۳۹۵
Endocarditis, Infective ۳۹۷
Endocarditis, Rheumatic ۴۰۰
Endometriosis ۴۰۲
Epididymitis ۴۰۵
Epilepsy ۴۰۷
Epistaxis (Nosebleed) ۴۱۴
Esophageal varices, Bleeding ۴۱۶
Exfoliative Dermatitis ۴۲۰

F

Fractures ۴۲۲

G

Gastritis ۴۴۳
Glaucoma ۴۴۸
Glomerulonephritis, Acute ۴۵۲
Glomerulonephritis, chronic ۴۵۵
Gout ۴۵۸
Guillain-Barre Syndrome (Poly radiculo neuritis) ۴۶۱

H

Headache ۴۶۸
Head Injury (Brain injury) ۴۷۵

Heart Failunre (Corpulmona) ۴۸۹
Hemophilia ۴۹۸
Hepatic Encephalopathy and Hepatic Coma ۵۰۳
Hepatic Failure, Fulminant ۵۰۶
Hepatitis, Viral: Types A,B,C,D,E and G ۵۰۷
Hiatal Hernia ۵۱۳
Hodgkin's Disease ۵۱۷
Hunting ton's Disease ۵۲۰
Hypergly cemic Hyperosmolar Nonketotic syndrome (HHNS) ۵۲۳
Hypertension (and Hypertensive Crisis) ۵۲۵
Hyperthyroidism (Graves' Disease) ۵۳۱
Hypoglycemia (Insulin Reaction) ۵۴۰
Hypoparathyroidism ۵۴۳
Hypopituitarism ۵۴۵
Hypothyroidism & Myxedema ۵۴۶

I

Idiopathic Thrombocytopenia Purpura ۵۵۳
Impetigo ۵۵۶
Increased Intracranial Pressuse ۵۵۷
Influenza ۵۶۴

K

Kaposi's Sarcoma ۵۶۶

L

Leukemia ۵۶۹
Lekemia, Lymphocytic, Acute ۵۷۷

Leukemia , Lymphocytic, chronic ۵۷۸
Leukemias, Myeloid, Acute..... ۵۸۰
Leukemia, Myelogenous, Chronic ۵۸۲
Lung Abscess..... ۵۸۳
Lymphedema and Elephantiasis ۵۸۶

M

Mastoiditis and Mastoid Surgery ۵۸۹
Meniere's Disease..... ۵۹۳
Meningitis..... ۵۹۹
Mitral Regurgitation (Insufficiency)..... ۶۰۳
Mitral Stenosis..... ۶۰۴
Mitral valve prolapse..... ۶۰۵
Multiple Myeloma ۶۰۶
Multiple Sclerosis ۶۰۸
Muscular Dystrophies..... ۶۱۶
Musculoskeletal Trauma (Contusions, Strains, Sprains and Joint Dislocations)..... ۶۱۸
Myasthenia Gravis..... ۶۲۲
Myocardial Infarction ۶۲۸
Myocarditis..... ۶۳۵

N

Nephrotic Syndrome ۶۳۷

O

Obesity, Morbid ۶۳۹
Osteoarthritis (Degenerative Joint Disease) ۶۴۲
Osteomalacia..... ۶۴۵
Osteomyelitis..... ۶۴۸

Osteoporosis ۶۵۲
Otitis Media, Acute ۶۵۷
Otitis Media, Chronic ۶۵۸

P

Pancreatitis, Acute ۶۶۰
Pancreatitis, Chronic ۶۶۷
Parkinson's Disease ۶۶۹
Pelvic Infection (Pelvic Inflammatory Disease) ۶۷۶
Pemphigus ۶۷۹
Peptic ulcer ۶۸۴
Pericarditis (Cardiac Tamponade) ۶۹۱
Perioperative nursing managemnt ۶۹۵
Peripheral Arterial Occlusive Disease ۷۲۳
Peritonitis ۷۲۷
Pharyngitis, Acute ۷۲۹
Pharyngitis, Chronic ۷۳۱
Pheochromocytoma ۷۳۲
Pituitary Tumors ۷۳۵
Pleural Effusion ۷۳۷
Pleurisy ۷۳۹
Pneumonia ۷۴۰
Pneumothorax and Hemothorax ۷۴۶
Polycythemia ۷۴۹
Prostatitis ۷۵۱
Pruritus ۷۵۳
Psoriasis ۷۵۵
Pulmonary Edama, Acute ۷۶۲
Pulmonary Embolism ۷۶۵

Pulmonary Heart Disease (Cor Pulmonale) ۷۷۱
Pulmonary Hypertension ۷۷۳
Pyelonephritis, Acute ۷۷۶
Pyelonephritis, Chronic ۷۷۷

R

Raynaud's Disease ۷۷۹
Regional Enteritis (Crohn's Disease) ۷۸۰
Renal Failure, Acute ۷۸۲
Renal Failure, Chronic (End-Stage Renal Disease) ۷۸۸

S

Seborrheic Dermatoses ۷۹۴
Shock, Cardiogenic ۷۹۵
Shock, Hypovolemic ۷۹۸
Shock, Septic ۸۰۰
Spinal Cord Injury ۸۰۲
Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone ۸۱۳
Secretion ۸۱۳
Systemic Lupus Erythematosus ۸۱۴

T

Thrombocytopenia ۸۱۸
Thyroiditis, Acute ۸۱۹
Thyroiditis, Chronic (Hashimoto's Thyroiditis) ۸۲۱
Thyroid Storm (Thyrotoxic Crisis) ۸۲۱
Toxic Epidermal Necrolysis and Stevens-Johnson Syndrome ۸۲۳
Transient Ischemic Attack ۸۲۸

Trigeminal Neuralgia (Tic Douloureux) ۸۳۰
Tuberculosis, Pulmonary ۸۳۳

U

Ulcerative Colitis ۸۳۹
Unconscious Patient ۸۴۸
Urolithiasis ۸۵۶

V

Vein Disorders ۸۶۲

تصاویر آزمایشگاهی منتخب ۸۶۹
تشخیص‌های پرستاری مصوب NANDA ۸۷۴
مخفف‌ها و مترادف‌های کلیدی ۸۸۰
سوالات داخلی و جراحی ۸۶ ۹۲۳
نمایه ۹۴۵

فهرست فارسی

الف

آبسه ریه ۵۸۳
آبسه‌های مغزی ۱۴۶
آپاندیسیت ۱۰۴
آترواسکلروز شریان‌های کرونر و بیماری‌های عروق . ۳۳۹
آرتریت روماتوئید (RA) ۱۱۱
آرتریواسکلروز و آترواسکلروز ۱۰۹
آسم ۱۱۸
آسم: آسم پایدار ۱۲۲
† آمبولی ریه ۷۶۵
آمبولی سرخرگی و ترومبوز سرخرگی ۱۰۷
آمپیم ۳۹۵
آمفیزم ریوی ۳۹۳
آنافیلاکسی ۶۳
آنتریت منطقه‌ای (بیماری کرون) ۷۸۰
آندوکاردیت روماتیسمی ۴۰۰
آندوکاردیت عفونی ۳۹۷
آنژین صدری ۹۶
آنسفالوپاتی کبدی و اغمای کبدی ۵۰۳

آنفارکتوس میوکارد ۶۲۸
آنفولانزا ۵۶۴
آنمی ۶۶
آنمی، آپلاستیک ۷۱
آنمی، سلول داسی شکل ۷۹
آنمی، فقر آهن ۷۳
آنمی، مگالوبلاستیک (کمبود ویتامین B12 و اسیدفولیک) ۷۶
آنوریسم، آئورت ۸۶
آنوریسم، داخل جمجمه‌ای ۹۰
اپیدیدیمیت ۴۰۵
اپیستاکسیس (خون‌ریزی از بینی) ۴۱۴
اختلالات دیورتیکولی ۳۸۸
اختلالات ورید ۸۶۲
ادم‌ریوی، حاد ۷۶۲
ادم‌لنفاوی و الفانتیازیس ۵۸۶
استئوآرتریت (بیماری دژنراتیو مفصل) ۶۴۲
استئومالاسی ۶۴۵
استئومیلیت ۶۴۷
اسکلروز جانبی آمیوتروفیک ۶۱
اسکلروز متعدد ۶۰۸
اسهال ۳۷۷
افزایش فشار داخل جمجمه ۵۵۷
التهاب معده ۴۴۳
اندومتریوز ۴۰۲
انسداد روده بزرگ ۱۴۲

انسداد روده کوچک ۱۴۴
انعقاد منتشر داخل عروقی ۳۸۳
اوتیت میانی حاد ۶۵۷
اوتیت میانی مزمن ۶۵۸
ایست قلبی ۲۹۱

ب

برونشکتازی ۱۵۲
برونشیت مزمن ۱۵۴
بیمار بیهوش ۸۴۸
بیماری آدیسون (نارسایی آدرنوکورتیکال اولیه) ۵۰
بیماری آلزایمر ۵۵
بیماری انسداد شرایین محیطی ۷۲۳
بیماری برگر (ترومبوآنژیت انسدادی) ۱۵۶
بیماری پارکینسون ۶۶۹
بیماری رینود ۷۷۹
بیماری قلبی ریوی (کورپولمونال) ۷۷۱
بیماری مزمن انسدادی ریه ۲۲۳
بیماری منیر ۵۹۳
بیماری هانتینگتون ۵۲۰
بیماری هوچکین ۵۱۷

پ

پانکراتیت حاد ۶۶۰
پانکراتیت مزمن ۶۶۷

پروستاتیت ۷۵۱
پرولاپس دریچه میترال ۶۰۵
پریتونیت ۷۲۷
پریکاردیت (تامپوناد قلبی) ۶۹۱
پسوریازیس ۷۵۵
پلورال افیوژن ۷۳۷
پلورزی ۷۳۹
پلی‌سایتمی ۷۴۹
پمفیگوس ۶۷۹
پنوموتوراکس و هموتوراکس ۷۴۶
پنومونی ۷۴۰
پورپورای ترومبوسیتوپنی ایدیوپاتیک ۵۵۳
پوکی استخوان ۶۵۲
پیلونفریت حاد ۷۷۶
پیلونفریت مزمن ۷۷۷

ت

ترومبوسیتوپنی ۸۱۸
تنگی آئورت ۱۰۳
تنگی میترال ۶۰۴
توبرکلوزیس، ریوی ۸۳۳
تومور مغزی ۱۴۸
تومورهای استخوان ۱۳۵
تومورهای هیپوفیز ۷۳۵
تیروئیدیت حاد ۸۱۹

تیروئیدیت، مزمن (تیروئیدیت هاشیموتو) ۸۲۱

ج

چاقی مرضی ۶۳۹

ح

حمله ایسکمیک موقت ۸۲۸

خ

خارش ۷۵۳

د

درماتوز سبوره‌ای ۷۹۴
درماتیت پوسته‌ای (ورقه‌ای) ۴۲۰
درماتیت تماسی ۳۳۸
دیابت بی‌مزه ۳۵۶
دیابت ملیتوس ۳۵۸
دیستروفی عضلانی ۶۱۶

ر

رگورژیتاسیون (نارسایی) میترال ۶۰۳

ز

زخم پپتیک ۶۸۴
زرد زخم ۵۵۶

س

سارکوم کاپوزی ۵۶۶
سردرد ۴۶۸
سرطان ۱۷۷
سرطان آندومتر ۲۲۵
سرطان بیضه ۲۸۲
سرطان پانکراس ۲۶۰
سرطان پروستات ۲۶۳
سرطان پستان ۲۰۲
سرطان پوست ۱۷۲
سرطان تخمدان ۲۵۷
سرطان تیروئید ۲۸۴
سرطان حفره دهان ۲۵۱
سرطان حنجره ۲۳۵
سرطان دهانه رحم (سرویکس) ۲۱۲
سرطان ریه (کارسینومای برونکوژنیک) ۸۴۲
سرطان کبد ۲۴۴
سرطان کلیه (تومور کلیه) ۲۳۲
سرطان کولن ورکتوم (سرطان کولورکتال) ۲۱۸
سرطان مثانه ۱۹۹
سرطان مری ۲۲۷
سرطان معده ۲۷۷
سرطان واژن ۲۸۶
سرطان وولو ۲۸۷
سندرم ترشح نامناسب هورمون ضد ادراری ۸۱۳

سندرم دیسترس تنفسی حاد ۴۷
سندرم کوشینگ ۳۴۳
سندرم گلین‌باره (پلی نوریت ریشه‌ای) ۱۶۴
سندرم نفروتیک ۶۳۷
سندرم نقص ایمنی‌اکتسابی (عفونت HIV) ۲۷
سندرم هیپرگلیسمی هیپراسمولار بدون کتواسیدوز .. ۵۲۳
سنگهای ادراری ۸۵۶
سیروز، کبدی ۳۲۹
سیستیت (عفونت دستگاه ادراری تحتانی) ۳۵۰

ش

شکستگی‌ها ۴۲۲
شوک سپتیک ۸۰۰
شوک کاردیوژنیک ۷۹۵
شوک هیپوولمیک ۷۹۸

ص

صدمات سوختگی ۱۵۸
صدمه سر ۴۷۵
صدمه طناب نخاعی ۸۰۲
صدمه عضلانی ـ اسکلتی ۶۱۸
صرع ۴۰۷

ط

طوفان تیروئیدی (بحران تیروتوکسیک) ۸۲۱

ع

عفونت لگن (بیماری التهابی لگن) ۶۷۶

ف

فئوکروموسیتوما ۷۳۲
فارنژیت حاد ۷۲۹
فارنژیت مزمن ۷۳۱
فتق هیاتال ۵۱۳
فلج بلز ۱۳۰

ک

کاتاراکت (آب مروارید) ۲۹۷
کاردیومیوپاتی‌ها ۲۹۲
کتواسیدوز دیابتیک ۳۷۳
کرونر ۳۳۹
کمردرد ۱۲۵
کم‌کاری هیپوفیز ۵۴۵
(کوفتگی، کشیدگی، پیچ خوردگی و دررفتگی مفصل) ۶۱۸
کوله لیتیاز (و کوله سیستیت) ۳۱۴
کولیت اولسراتیو ۸۳۹

گ

گلوکوم ۴۴۸
گلومرولونفریت حاد ۴۵۲
گلومرولونفریت مزمن ۴۵۵

ل

لوپوس اریتماتوس سیستمیک ۸۱۴
لوسمی (سرطان خون) ۵۶۹
لوسمی لنفوسیتی حاد ۵۷۷
لوسمی لنفوسیتی مزمن ۵۷۸
لوسمی میلوئیدی حاد ۵۸۰
لوسمی میلوژنوس مزمن ۵۸۲

م

ماستوئیدیت و جراحی ماستوئید ۵۸۹
مراقبت پرستاری پیش از عمل جراحی ۶۹۵
مننژیت ۵۹۹
مولتیپل میلوما ۶۰۶
میاستنی گراویس ۶۲۲
میوکاردیت ۶۳۵

ن

نارسایی برق آسای کبدی ۵۰۶
نارسایی حاد کلیه ۷۸۲
نارسایی دریچه آئورت (پس‌زدن خون) ۱۰۱
نارسایی قلب (کورپولمونال) ۴۸۹
نارسایی مزمن کلیه (بیماری کلیه در مرحله انتهایی) ... ۷۸۸
نقرس ۴۵۸
نکرولیز سمی اپیدرم و سندرم استیونز جانسون ۸۲۳
نورالژی عصب سه قلو (تیک دولورکسی) ۸۳۰

و

واریس‌های خون‌ریزی دهنده مری ۴۱۶
وقایع عروق مغزی (حمله ایسکمیک) ۳

ه

هایپرپلازی خوش‌خیم پروستات و پروستاتکتومی ... ۱۳۲
هپاتیت ویروسی: انواع A، B، C، D، E و G ۵۰۷
هموفیلی ۴۹۸
هیپرتانسیون ریوی ۷۷۳
هیپرتانسیون (و بحران هیپرتانسیو) ۵۲۵
هیپرتیروئیدیسم (بیماری گریوز) ۵۳۱
هیپوپاراتیروئیدیسم ۵۴۳
هیپوتیروئیدیسم و میکزدم ۵۴۶
هیپوگلیسمی (واکنش انسولین) ۵۴۰

ی

یبوست ۳۳۵



Acquired Immunodeficiency syndrome

سندرم نقص ایمنی اکتسابی (عفونت HIV[1])

سندرم نقص ایمنی‌اکتسابی (ایدز) وخیم‌ترین شکل مجموعه‌ای از بیماری‌هاست که به دنبال آلودگی به ویروس نقص‌ایمنی انسان (HIV) ایجاد می‌شود. HIV جزء دسته‌ای از ویروس‌هاست که رتروویروس نامیده می‌شوند. ماده ژنتیکی این ویروس‌ها به‌جای دی‌اکسی‌ریبونوکلئیک‌اسید (DNA) در ریبونوکلئیک‌اسید (RNA) قرار دارد. آلودگی با HIV هنگامی رخ می‌دهد که ویروس وارد سلول $CD_4(T)$ میزبان شده و سبب تکثیر RNA و پروتئین‌های ویروسی توسط آن سلول گردد که آن‌ها نیز همانند ویروس قبلی به سلول‌های CD4 دیگر حمله‌ور می‌شوند.

مرحله بیماری HIV براساس تاریخچه بالینی، بررسی وضعیت فیزیکی، تشخیص آزمایشگاهی اختلال کارکرد ایمنی، علائم و نشانه‌ها، و عفونت‌ها و بدخیمی‌ها تعیین می‌گردد. مرحله عفونت اولیه شدید است و از زمان آلودگی تا تشکیل آنتی‌بادی به طول می‌انجامد. چهار گروه افراد مبتلا شامل موارد زیر هستند:

- عفونت اولیه (بخشی از CDC گروه A: افت شدید مقدار طبیعی تعداد سلول‌های $CD_4(T)$ بین ۵۰۰ و ۱۵۰۰ سلول در میلی‌متر مکعب).
- HIV بدون علامت (CDC[2] گروه A: بیش از ۵۰۰ CD4 و لنفوسیت T در میلی‌متر مکعب).
- HIV علامت‌دار(CDC گروهB:۲۰۰-CD۴۹۹ و لنفوسیت T در میلی‌متر مکعب).

1- Human Immunodeficiency virus 2- Centers for Disease Control

● ایدز (AIDS) (CDC گروهC: کمتر از ۲۰۰ CD4 و لنفوسیت T در میلی‌مترمکعب).

عوامل خطر

HIV از طریق مایعات بدن به وسیله رفتارهای پرخطری از قبیل روابط جنسی با شریک جنسی مبتلا به HIV، استفاده از داروهای تزریقی، همجنس بازی مردان منتقل می‌شود. همچنین افراد زیر در معرض خطر هستند: استفاده کنندگان از خون و فرآورده‌های خونی آلوده به HIV، بچه‌های متولد شده از مادران مبتلا به HIV، نوزادانی که از شیر مادران مبتلا به HIV تغذیه می‌کنند و کارکنان مراقبت بهداشتی که در معرض خطر زخم ناشی از فرو رفتگی سر سوزن بیماران مبتلا می‌باشند.

تظاهرات بالینی

علائم گسترده هستند و هر اندامی را ممکن است درگیر کنند. دامنه تظاهرات از ناهنجاری‌های خفیف پاسخ ایمنی بدون علائم و نشانه‌های آشکار تا تضعیف شدید ایمنی، عفونت مرگبار، بدخیمی و اثر مستقیم HIV بر بافت‌های بدن متغیر است.

تنفسی

● کوتاهی تنفس، تنگی نفس[1]، سرفه، درد قفسه سینه، تب در ارتباط با عفونت‌های فرصت‌طلب از قبیل پنومونی *پنوموسیستیس کارینی* (PCP) (که شایع‌ترین عفونت است)، و سندرم‌های بازسازی ایمنی از قبیل: کمپلکس *مایکوباکتریوم اوویم* (MAC) / مایکوباکتریوم اوویم داخلی سلولی (MAI)، که یک عفونت مرگبار در بیماران ایدزی است.
لژیونلا و CMV سایر ارگانیزم‌های فرصت‌طلب هستند.

● توبرکلوز مرتبط با HIV در مراحل اولیه عفونت HIV، اغلب قبل از تشخیص ایدز بروز می‌کند.

1- Dyspnea

معدی روده‌ای

- کاهش اشتها
- تهوع و استفراغ
- کاندیداز دهان و مری (لکه‌های سفید، بلع دردناک، درد پشت جناغ، و زخم‌های احتمالی در دهان)
- اسهال مزمن و احتمال اثرات ویرانگر از قبیل کاهش وزن، عدم تعادل مایعات و الکترولیت‌ها، خراشیدگی پوست اطراف مقعد، ضعف، ناتوانی در انجام فعالیت‌های زندگی روزانه.

سندرم کاهش وزن (کاشکسی)[1]

- سوء تغذیه پروتئین ـ انرژی چند عاملی
- کاهش وزن شدید ناخواسته ۱۰ درصد از وزن بدن
- اسهال مزمن، ضعف مزمن، تب متناوب یا پایدار بدون وجود بیماری
- بی‌اشتهایی، اسهال، عدم جذب معدی روده‌ای، فقدان تغذیه و وضعیت هیپرمتابولیک در برخی بیماران.

عصبی

عوارض عصبی شامل عملکردهای مرکزی، محیطی و آناتومیکی می‌باشد.

- آنسفالوپاتی HIV (کمپلکس دمانس ایدز (ADC) در دو سوم بیماران ایدزی رخ می‌دهد. نشانه‌ها شامل نقصان حافظه، سردرد، فقدان تمرکز، گیجی پیش‌رونده، کندی روانی حرکتی، بی‌تفاوتی[2] و بی‌تعادلی[3] و در مراحل بعدی اختلالات شناخت کلی، تأخیر در پاسخ‌های کلامی، فلج ناقص و اسپاستیک اندام‌های تحتانی، هیپررفلکسی، سایکوز، تشنج، بی‌اختیاری، خموشی[4] و مرگ می‌باشد.
- نوروپاتی اعصاب محیطی مرتبط با HIV به‌نظر می‌رسد که یک اختلال میلین‌زدایی باشد؛ با درد و بی‌حسی در انتهاها، ضعف، ضعف رفلکس‌های

1- Cachexia
2- Apathy
3- Ataxia
4- Mutism

تاندونی عمیق، کاهش فشارخون ارتواستاتیک و ناتوانی جنسی مشخص می‌شود.

- عفونت *کریپتوکوکوس نئوفورمانس* و قارچی (تب، سفتی گردن، تهوع و استفراغ، تشنج).
- نوروپاتی‌های اعصاب محیطی و مرکزی، از جمله میوپاتی عروقی (فلج اسپاستیک، آتاکسی، و بی‌اختیاری)
- لکوآنسفالوپاتی چند کانونی پیش‌رونده (PML)، یک اختلال میلین‌زدایی سیستم عصب‌مرکزی، ممکن است رخ دهد.
- اختلالات تورولوژیک دیگر شامل *توکسوپلاسما گوندی‌ئی*[1]، *سیتومگالوویروس* (CMV) و عفونت *مایکوباکتریوم توبرکلوزیس*، با نشانه‌های متغیر از گیجی تا کوری، آفازی، فلج، و مرگ.

پوست

- سارکوم کاپوزی (KS)، ویروس‌های هرپس سیمپلکس و هرپس زوستر، و انواع مختلف درماتیت همراه با وزیکول‌های دردناک.
- فولیکولیت، همراه با پوست خشک و پوسته پوسته یا درماتیت آتوپیک (اگزما یا پسوریازیس).

تولید مثل (مؤنث)

- کاندیداز واژنی مزمن و عودکننده ممکن است اولین علامت عفونت HIV باشد.
- بیماری‌های اولسراتیو منتقله از راه جنسی، از قبیل شانکروئید، سیفیلیس و هرپس در زنان مبتلا به HIV شدیدتر هستند.
- زگیل‌های مقاربتی و سرطان دهانه رحم / نئوپلازم داخل اپیتلیالی دهانه رحم (CIN[2]) ممکن است دیده شود.
- در زنان مبتلا به HIV، بیماری التهابی لگن (PID[3]) و ناهنجاری‌های قاعدگی (آمنوره یا خون‌ریزی بین پریودها) از شیوع بالاتری برخوردار است.

۱- (toxoplasma gondii) عامل مسبب توکسوپلاموز که یک بیماری منتشر حاد یا مزمن است.

2- Cervical Intraepithelial Neoplasia 3- Pelvic Inflammatory Disease

هماتولوژی / لنفاتیک

لنفوم‌های B-cell، از قبیل لنفوم غیرهوچکینی، دومین سرطان شایع مرتبط با ایدز هستند (اولین سرطان شایع سارکوم کاپوزی KS است). این لنفوم‌ها معمولاً با موارد افراد معمولی (غیرایدزی) متفاوت هستند، زیرا در خارج غده‌های لنفاوی (بیشتر در مغز، مغزاستخوان و لوله‌های معدی ـ روده‌ای GI) تشکیل می‌شوند، پیشرفت آنها کند است ف اندام‌های زیادی را درگیر می‌کنند و در برابر درمان مقاوم هستند که ممکن است با مسمومیت شدید خونی همراه باشند.

دیگر: بیماری مزمن و سرطان‌ها

تشخیص به‌موقع و درمان بیماری‌های فرصت‌طلب و درمان ضدویروس، عفونت HIV را وارد مرحله بیماری مزمن می‌کند. تظاهرات بالینی دیگر همراه با آن شامل موارد زیر است:

- خستگی، سردرد، عرق شبانه بیش از اندازه، کاهش وزن بدون دلیل، سرفه خشک، تنفس کوتاه، ضعف شدید، اسهال، کاهش تحمل و صبر، ادم، کوری، مشکلات بلع، و درگیری عصبی احتمالی منجر به دمانس، همی‌پلژی، پاراپلژی اسپاستیک، نوروپاتی‌های دردناک، ضعف عضلات پروکزیمال و دیستال و لنفادنوپاتی مقاوم.
- سرطان‌هایی که معمولاً احتمال وقوع آن‌ها زیادتر است، شامل سارکوم‌کاپوسی (KS)، لنفوم سلول B، و سرطان‌های گردن رحم، پوست، معده، پانکراس ،رکتوم، و مثانه می‌باشد.
- علایم افسردگی به دلایل متعدی از جمله بیماری روانی پیشین، اختلالات عصبی روانی، و عوامل روانی اجتماعی.
- احساس گناه بی‌اساس، شرمندگی و خجالت، فقدان اعتماد به نفس، احساس عجز و ناتوانی، بی‌ارزشی، و فکر و عقیده خودکشی.

بررسی و روش‌های تشخیص

برای تأیید آنتی‌بادی HIV، آزمایش‌های ایمنی سنجش آنزیمی[1] (EIA)؛

1- Enzyme Immunoassay

قبلاً به‌صورت سنجش اتصال آنزیمی و ضدایمنی بود (ELISA[1])، سنجش لکه‌غربی[2]، و آزمایشات ظرفیت و بررسی ویروسی از قبیل روش‌های تقویت هدف انجام می‌شود.

درمان طبی

در حال حاضر درمانی برای HIV و ایدز وجود ندارد، اگرچه تحقیقات برای یافتن یک واکسن ادامه دارد. تصمیم‌گیری برای درمان یک بیمار خاص بستگی به سه عامل دارد: HIV RNA (ظرفیت ویروسی)، تعداد سلول‌های CD_4T، و وضعیت بالینی بیمار. هدف درمان شامل تضعیف حداکثر و پایدار ظرفیت ویروسی، بهبود و یا حفظ عملکرد ایمونولوژیکی، بهبود کیفیت زندگی، و کاهش مرگ و میر ناشی از HIV است. برای تعیین و ارزیابی برنامه درمانی، پیشنهاد می‌شود آزمایش ظرفیت ویروسی در هنگام تشخیص و سپس ۳ تا ۴ ماه پس از آن در فردی که تحت درمان نبوده است اندازه‌گیری و مقایسه شود.شمارش سلول CD_4 T باید در هنگام تشخیص و معمولاً هر ۳ تا ۶ ماه پس‌از آن انجام شود.

درمان ترکیبی به‌حالتی گفته می‌شود که رژیم دارویی دارای ترکیبی از حداقل دو داروی ضد رتروویروسی باشد؛ درمان ضدرتروویروسی خیلی فعال (HAART[3])، شامل حداقل یک مهارکننده‌ی ترنس کریپتاز معکوس نوکلئوزیدی به اضافه ترکیبات دارویی مختلف دیگر است. همزمان با پیشرفت داروهای جدید، تعداد داروهای ترکیبی رو به افزایش است. هزینه بالای داروها، مشکلات پیروی از رژیم دارویی، مقاومت دارویی، و مسمومیت‌های دارویی مشکلاتی را برای درمان دارویی ایجاد کرده است. درمان متناوب به‌عنوان جایگزینی برای رژیم دارویی تحت بررسی است.

درمان دارویی

داروی ضدرتروویروسی (ART)

یک رژیم دارویی سه‌گانه حداقل شامل سه مورد از داروهای زیر است:

1- Enzyme-liked immunosorbent assay 2- Western blot assay

3- Hivbly active antiretroviral therapy

- مهارکننده‌های ترانس‌کریپتاز معکوس نوکلئوزیدی / نوکلئوتیدی (NRII)
- مهارکننده‌های ترانس‌کریپتاز معکوس غیرنوکلئوزیدی (NNRII)
- دی‌دزوکسی‌سیتیدین[1] (ddc).
- مهارکننده‌های پروتئاز (PI)
- مهارکننده‌های فوزیون (FI)

آزمایش مقاومت دارو

- جهت تعیین اینکه کدام داروی ضد رتروویروسی از رژیم ضد رتروویروسی باید حذف شود، کمک می‌کند (به‌جای اینکه کدام دارو باید مصرف شود).

قطع درمان و بازسازی

با توجه به بیمار و شمارش سلول CD_4، درمان دارویی ممکن است هنگام کارآیی ایمنی و ثبات آن (مثل زمانی که شمارش CD_4 بین ۵۰۰ و ۸۰۰ تخمین زده می‌شود) به‌طور موقت قطع شود. سپس، زمانی که تعداد سلول‌های CD_4 بین ۳۵۰ و ۴۰۰ برسد، درمان دارویی مجدداً شروع می‌شود.

داروهای عفونت‌های وابسته به HIV

پنومونی پنوموسیستیس‌کارینی PCP: تری‌متوپریم ـ سولفامتوکسازول (TMP-SMZ) و داروهای ضدباکتری، از قبیل داپسون؛ به‌طور متناوب از پنتامیدین که یک داروی ضدتک‌یاخته جانوری است استفاده می‌شود.

- مایکوباکتریوم‌اوویم MAC: درمان عفونت‌های MAC شامل استفاده کلاریترومایسین (بیاکسین) یا آزیترومایسین (زیتروماکس) است. ترکیب آزیترومایسین با ریفابوتین (مایکوبوتین) خیلی مؤثر اما پرهزینه است و عوارض جانبی و تداخلات بیشتری به‌همراه دارد.
- منتژیت کریپتوکوکی: آمفوتریسین B به‌صورت داخل وریدی با یا بدون داروهای ضدقارچی از قبیل فلوکونازول (دیفلوکان) یا فلوسیتوسین (آنکوبان).

1- Dideoxycytidine

- رینیت سیتومگالوویروس CMV: گان سیکلوویر، فوسکارنت، یا سیدوفوویر.
- آنسفالیت: پیریمتامین (دارابریم) و سولفادیازین یا کلیندامایسین (کلوسین).
- کاندیدیاز: کلوتریمازول (میسلکس)، کتوکونازول، یا فلوکونازول

داروهای ضدسرطان

- سارکوم کاپوزی KS: آلفا اینترفرون، برداشتن ضایعات با عمل جراحی، تزریق مایع نیتروژن به ضایعات، تزریق وین‌بلاستین به داخل ضایعات داخل دهان، اینترفرون؛ شیمی‌درمانی با دوکسوروبیسین (آدریامایسین)، بلومایسین، و وین کریستین (ABV)؛ پرتودرمانی.
- لنفوم‌ها: احتمال درمان موفقیت‌آمیز آن کم است ؛ ممکن است از شیمی‌درمانی و پرتودرمانی استفاده شود.

تعدیل‌کننده‌های ایمنی[1]

- آلفا ـ اینترفرون
- مواد دیگر تحت بررسی (اینترلوکین ـ ۲، اینترلوکین ـ ۱۲، و سیتوکین‌ها و لنفوکین‌های دیگر).

ضدافسردگی‌ها

تلفیقی از روان‌درمانی با دارودرمانی استفاده می‌شود (ایمی‌پرامین (توفرانیل)، دسی‌پرامین (نورپرامین)، فلوکستین (پروزاک)، متیل‌فنیدات (ریتالین)؛ اگر افسردگی شدید باشد از الکتروشوک استفاده می‌شود).

داروهای ضداسهال و تحریک‌کننده‌های اشتها

اوکترئوتید استات[2] (ساندوستاتین) برای درمان اسهال تجویز می‌شود و مجسترول استات (مگاس)[3] یا درونابینول (مارینول)[4] برای تحریک اشتها استفاده می‌شوند.

1- Immunomodulators
2- Octreotide Acetate (sandostatin)
3- Megestrol Acetate (megace)
4- Dronabinol (marinol)

مراقبت حمایتی و درمان‌های دیگر

- روحانی و معنوی: خنده، خواب مصنوعی، اعتقاد به بهبودی، تصورات هدایت شده، تشویق به مثبت اندیشیدن.
- تغذیه‌ای: هدف از آن حفظ وزن ایده‌آل و افزایش وزن در مواقع لزوم است. اشتهاآورها (مثل مجسترول (مگاسل)) موفقیت‌آمیز هستند؛ درونابینول (مارینول) که دارای تتراهیدروکانابینول مصنوعی (THC)، ترکیب فعال در ماری‌جوانا، می‌باشد و برای رفع تهوع و استفراغ مفید است. اقدامات تغذیه‌ای دیگر استفاده از سبزیجات و رژیم‌های غذایی سلامت بخش[1]، ویتامین C یا مکمل‌های بتاکاروتن، ترمریک (کورکومین)[2]، گیاهان چینی.
- مایعات داخل وریدی و جایگزینی الکترولیت برای درمان عدم تعادل تجویز نمایید.
- دارو و بیولوژیک: داروهایی که توسط FDA[3] تایید نشده است؛ اکسیژن، ازن و ادرار درمانی.
- وسایل و کمک‌کننده‌های فیزیکی: طب سوزنی، طب فشاری، ماساژدرمانی، یوگا، تماس‌درمانی، رفلکس‌شناسی و کریستال.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به HIV/ایدز

بررسی

بررسی و شناخت عوامل خطر بالقوه از جمله تاریخچه روابط جنسی و استفاده از داروهای تزریقی، بررسی وضعیت فیزیکی و روان شناختی، کشف و بررسی کامل عوامل مؤثر بر عملکرد سیستم ایمنی.

وضعیت تغذیه‌ای

- شرح حال رژیم غذایی بیمار را بگیرید.
- عواملی که ممکن است مانع تغذیه خوراکی شوند، از جمله بی‌اشتهایی[4]،

1- Macrobiotic
2- Tumeric (curcumin)
۳-اداره غذا و دارو
4- Anorexia

تهوع، استفراغ، درد در ناحیه دهان، یا اختلال در بلع را تعیین کنید.
- توانایی بیمار برای خرید و تهیه غذا را بررسی کنید.
- وضعیت تغذیه بیمار را با وزن کردن، اندازه‌گیری‌های آنتروپومتری[1] (اندازه‌گیری چین پوستی عضله سه سر بازو)، مقادیر نیتروژن اوره‌خون، پروتئین سرم، آلبومین و ترانسفرین بررسی کنید.

پوست و غشاهای مخاطی
- به‌طور روزانه از نظر تخریب، زخم و عفونت مشاهده و بررسی کنید.
- حفره دهان را از نظر قرمزی، زخم‌ها، و لکه‌های سفید کرم‌رنگ (کاندیدیاز) بررسی کنید.
- ناحیه اطراف مقعد را از نظر خراشیدگی و عفونت بررسی کنید.
- برای تعیین ارگانیزم‌های عفونی از زخم‌ها کشت تهیه کنید.

وضعیت تنفسی
- از نظر سرفه، خلط، کوتاهی تنفس، ارتوپنه، تاکی‌پنه، و درد قفسه سینه کنترل کنید؛ صداهای تنفسی را بررسی نمایید.
- شاخص‌های دیگر عملکرد ریوی را بررسی کنید (عکس‌های رادیولوژی ریه، گازهای خون شریانی، تست‌های عملکرد ریوی PFT).

وضعیت نورولوژی
- جهت دستیابی به یک مقدار مبنا وضعیت روانی را هر چه زودتر بررسی کنید. سطح هوشیاری و آگاهی[2] نسبت به شخص، محل، و زمان و وقوع خطاهای حافظه را یادداشت کنید.
- نقصان‌های حسی از قبیل تغییرات بینایی، سردرد، و کرختی و سوزش انتهاها را تحت نظر داشته باشید.
- اختلالات حرکتی از قبیل تغییر در راه رفتن و فلج را تحت نظر داشته باشید.
- از نظر فعالیت تشنجی بررسی کنید.

1- Anthropometric 2- Orientation

وضعیت مایعات و الکترولیت‌ها

- پوست و غشاهای مخاطی را از نظر تورگور و خشکی معاینه کنید.
- برای بررسی دهیدراسیون بیمار را از نظر افزایش تشنگی، کاهش دفع ادرار،کاهش فشار خون، نبض سریع و ضعیف، یا وزن مخصوص ادرار تحت نظر داشته باشید.
- عدم تعادل الکترولیت‌ها را کنترل کنید (مطالعات آزمایشگاهی سدیم، پتاسیم، کلسیم، منیزیم و کلرید سرم را پایین نشان می‌دهد).
- از نظر علایم و نشانه‌های کاهش الکترولیت از جمله کاهش وضع روانی، انقباض و کشش عضلانی، کرامپ‌های عضلانی، نبض نامنظم، تهوع و استفراغ و تنفس‌های کم عمق بیمار را بررسی کنید.

سطح دانش و آگاهی

- دانش و آگاهی بیمار را نسبت به بیماری و انتقال آن ارزیابی کنید.
- سطح آگاهی خانواده و دوستان را بررسی کنید.
- واکنش بیمار نسبت به تشخیص عفونت HIV و ایدز را بسنجید.
- چگونگی برخورد بیمار با بیماری و تنش زاهای بزرگ زندگی در گذشته را بسنجید.
- منابع حمایتی بیمار را مشخص کنید.

استفاده از درمان‌های جایگزینی[1]

- در مورد استفاده درمان‌های جایگزین از بیمار سؤال کنید.
- بیمار را تشویق کنید هرگونه استفاده از درمان‌های جایگزینی را به ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی اولیه گزارش کند.
- نسبت به عوارض جانبی بالقوه درمان‌های جایگزین آگاه باشید؛ اگر نسبت به عوارض جانبی جایگزین‌درمانی مشکوک شدید، با بیمار و ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی اولیه و جایگزینی صحبت کنید.
- درمان‌های جایگزین را با یک ذهن باز مرور کنید، و سعی کنید اهمیت درمان را به بیمار بفهمانید.

1- Alternative

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- اختلال در تمامیت و یکپارچگی پوست در ارتباط با تظاهرات پوستی عفونت HIV، خراشیدگی، و اسهال.
- خطر عفونت در ارتباط با نقص ایمنی.
- عدم تحمل فعالیت در ارتباط با ضعف، خستگی، سوء تغذیه، اختلال تعادل مایعات و الکترولیت‌ها و هیپوکسی همراه با عفونت‌های ریوی.
- اختلال فرآیند تفکر در ارتباط با کاهش زمان توجه، اختلال حافظه، گیجی، و عدم جهت یابی (آنسفالوپاتی HIV).
- پاکسازی ناقص راه هوایی در ارتباط PCP، افزایش ترشحات برونش و کاهش توانایی سرفه در ارتباط با ضعف و خستگی.
- اختلال در تغذیه: کمتر از نیازهای بدن در ارتباط با کاهش مصرف خوراکی.
- اسهال در ارتباط با پاتوژن‌های روده‌ای یا عفونت HIV.
- درد در ارتباط با به هم خوردن تمامیت پوست اطراف مقعد ثانویه به اسهال، KS و نوروپاتی محیطی.
- انزوای اجتماعی در ارتباط با بدنام بودن بیماری، ترک سیستم‌های حمایتی، اقدامات قرنطینه و ترس از ابتلای دیگران.
- اندوه و غصه زودهنگام در ارتباط با تغییرات شیوه زندگی و نقش‌ها و پیش‌آگهی نامطلوب.
- آگاهی ناقص در ارتباط با مراقبت از خود و پیشگیری از انتقال HIV.

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

- عفونت‌های فرصت طلب
- اختلال در تنفس یا وقفه تنفسی
- سندرم تحلیل[1] و عدم تعادل آب و الکترولیت
- واکنش و حساسیت شدید به داروها

1- Wasting Syndrome

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف شامل دستیابی و حفظ تمامیت پوستی، از سرگیری اعمال معمولی روده، از بین بردن عفونت، بهبود تحمل فعالیت، بهبود فرآیندهای تفکر، بهبود پاکسازی راه هوایی، افزایش راحتی، بهبود وضعیت تغذیه‌ای، افزایش اجتماعی شدن، بیان و ابراز اندوه، ارتقای دانش و آگاهی در ارتباط با پیشگیری از بیماری و مراقبت از خود و از بین بردن عوارض است.

مداخلات پرستاری

بهبود پاکسازی[1] راه هوایی

- بررسی وضعیت تنفسی، وضعیت روانی، و رنگ پوست، حداقل به‌صورت روزانه.
- توجه و ثبت وجود سرفه و مقدار و مشخصات خلط؛ ارسال نمونه خلط برای بررسی طبق دستور.
- برای کاهش مصرف انرژی و پیشگیری از خستگی بیمار را به استراحت کافی تشویق کنید.
- برای پیشگیری از توقف ترشحات و بهبود پالایش راه هوایی اقدامات درمان ریه از قبیل سرفه، تنفس عمیق، درناژ وضعیتی، دق، و لرزاندان بدن را هر ۲ ساعت انجام دهید.
- برای قرار گرفتن در وضعیتی که تنفس و کلیرانس راه هوایی را بهبودی می‌بخشد (نشسته صاف یا قائم) به بیمار کمک کنید.
- وضعیت حجم مایع را ارزیابی کنید؛ دریافت ۳تا۴ لیتر روزانه را توصیه کنید.
- اکسیژن مرطوب، ساکشن، لوله گذاری، و در صورت نیاز تنفس مکانیکی را برای بیمار فراهم سازید.

حفظ تمامیت پوست

- پوست و مخاط دهان را از نظر تغییرات ظاهری، محل و اندازه ضایعات، و نشانه‌های عفونت و ترک خوردگی بررسی کنید؛ مراقبت منظم از دهان را توصیه کنید.

1- Clearance

- بیمار را تشویق کنید که تا حد امکان بین استراحت و حرکت تعادل ایجاد کند. به بیمارانی که قادر به حرکت نیستند در تغییر وضعیت هر ۲ ساعت کمک کنید.
- از وسایلی از قبیل تشک‌های با تغییر فشار و تخت‌هایی که هوایشان کمتر خالی می‌شود استفاده کنید.
- به بیمار توصیه کنید از خاراندن و صابون‌های ساینده و خشک‌کننده اجتناب کند و از مرطوب‌کننده‌های پوستی غیرعطری برای خشکی پوست استفاده کند؛ مواد ضدعرق، آنتی‌بیوتیک‌ها، داروهای ضددرد، لوسیون‌های دارویی، پمادها و پانسمان‌ها را طبق تجویز به کار ببرید؛ از نوار پانسمان بیش از اندازه استفاده نکنید.
- ملافه‌های تخت چین و چروک نداشته باشند، و استفاده از لباس‌های تنگ و چسبان را برای کاهش اصطکاک پوستی منع کنید.
- به بیماری که دارای ضایعات پا می‌باشد توصیه کنید که جوراب‌های نخی سفید و کفشی که در آن پا عرق نمی‌کند بپوشد.

حفظ تمامیت پوست اطراف مقعد

- ناحیه اطراف مقعد را از نظر آسیب تمامیت پوستی و عفونت بررسی کنید.
- به بیمار گوشزد کنید که ناحیه را تا حد امکان تمیز نگه دارد، پس از هر بار دفع مدفوع آن را تمیز کرده، از آب لگن یا شستشو با آب گرم (اریگاسیون) استفاده کند و پس از تمیز کردن ناحیه را به‌طور کامل خشک کند.
- به بیمار معلول در رعایت اقدامات بهداشتی کمک کنید.
- با استعمال پمادها و لوسیون‌های موضعی ترمیم را بهبود ببخشید.
- در صورت مشکوک بودن به عفونت، کشت از زخم به‌عمل آورید.

ارتقای رفتارهای طبیعی روده

- فعالیت روده را از نظر اسهال (دفعات، قوام مدفوع، درد یا کرامپ همراه با حرکات روده‌ای) بررسی کنید.
- عوامل افزایش دهنده دفعات اسهال را بررسی کنید.
- راهکارهای مراقبت از خود که بیماران برای کنترل اسهال استفاده می‌کنند را بررسی کنید.

- حجم مدفوع مایع را به عنوان حجم مایع از دست رفته اندازه‌گیری و ثبت کنید؛ کشت مدفوع تهیه کنید.
- بیمار را درباره راههای کاهش اسهال (استراحت روده، اجتناب از غذاهای تحریک‌کننده روده از جمله میوه و سبزیجات خام) راهنمایی کنید؛ مقدار غذای کم در وعده‌های زیاد را توصیه کنید.
- داروهای تجویز شده از قبیل داروهای ضداسپاسمی آنتی‌کلینرژیک یا مخدرها، آنتی‌بیوتیک‌ها، و ترکیبات ضدقارچی را به بیمار بدهید.

پیشگیری از عفونت

- بیمار و مراقبت دهندگان او را از نظر کنترل علایم و نشانه‌های عفونت آموزش دهید. راههای توصیه شده برای دوری از عفونت (عفونت دستگاه تنفس فوقانی) را تشویق کنید.
- مقادیر آزمایشگاهی نشانگر وجود عفونت از قبیل شمارش و افتراق گلبول‌های سفیدخون را بررسی کنید؛ در تهیه نمونه‌هاش کشت مدفوع کمک نمایید.
- به بیماران و شرکای جنسی به شدت تأکید کنید که از تماس مایعات بدن بپرهیزند و برای اعمال جنسی از کاندوم استفاده کنند.
- استفاده از داروی تزریقی را به علّت خطر عفونت‌های دیگر برای بیمار و انتقال عفونت HIV منع کنید.
- برای انجام اقدامات تهاجمی تکنیک کاملاً استریل را رعایت نمایید.

هشدار پرستاری: در مراقبت از همه بیماران اقدامات احتیاطی عمومی را رعایت کنید. به مراقبت‌دهندگان دانشگاهی و غیردانشگاهی آموزش دهید که اقدامات احتیاطی را برای خون و همه مایعات دیگر بدن، ترشحات، و مایعات دفعی بجز عرق (مثل مایعات منفی بخاطی، سینوویال، پلورال، پریتوئن، پریکاردی، آمنیوتیک، و مایعات واژن) به کار بندند. در حوادث اورژانسی هنگامی که تمایز بین انواع مایعات مشکل است همه مایعات بدن را بالقوه پرخطر در نظر بگیرید.

تسکین درد و ناراحتی

- بیمار را از نظر کیفیت و شدت درد در ارتباط با اختلال تمامیت پوست اطراف مقعد، ضایعات سارکوم کاپوزی (KS) و نوروپاتی محیطی بررسی

کنید.

- اثرات درد بر دفع، تغذیه، خواب، عاطفه و ارتباط بیمار و عوامل تشدیدکننده و تسکین‌دهنده درد را بررسی نمایید.
- به بیمار توصیه کنید که هنگام نشستن از تشکچه‌های نرم یا پدهای اسفنجی استفاده کند و بی‌حس‌کننده‌ها و پمادهای موضعی را طبق تجویز استفاده کند.
- به بیمار آموزش دهید که از غذاهای محرک اجتناب کند و از داروهای ضداسپاسم و ترکیبات ضداسهال در صورت نیاز استفاده کند.
- از داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی و موادمخدر و روش‌های غیردارویی از قبیل تکنیک‌های آرام‌سازی استفاده کنید.
- از ضدافسردگی‌های سه حلقوی و جوراب‌های ساق بلند و لاستیکی مناسب طبق تجویز برای کمک به تسکین درد نوروپاتی استفاده کنید.

بهبود وضعیت تغذیه‌ای

- مقادیر وزن، وضعیت تغذیه‌ای، معیارهای قد و وزن، آلبومین سرم، نیتروژن اوره خون، پروتئین و ترانسفرین را بررسی کنید.
- به بیمار درباره راه‌های غنی‌سازی ارزش تغذیه‌ای وعده‌های غذا (مثل افزودن تخم مرغ، کره و شیر) آموزش دهید.
- با استفاده از بررسی عوامل ایجادکننده اختلال در تغذیه خوراکی، از روش‌های ویژه‌ای برای تسهیل تغذیه خوراکی استفاده کنید؛ برای تعیین نیازهای تغذیه‌ای با متخصص تغذیه مشورت کنید.
- تهوع و استفراغ را کنترل کنید؛ به بیمار توصیه کنید از غذاهایی که بلع آن آسان است استفاده کند و بهداشت دهان را قبل و بعد از وعده‌های غذا رعایت کند.
- به بیمار توصیه کنید قبل از وعده‌های غذا استراحت کند؛ وعده‌های غذایی را پس از اقدامات دردناک و ناخوشایند برنامه‌ریزی نکنید.
- در صورت لزوم برای حفظ وضعیت تغذیه‌ای از روش‌های تغذیه‌ای روده‌ای یا وریدی استفاده کنید.

ارتقای تحمل فعالیت

- توانایی تحرک و انجام فعالیت‌های روزانه را بررسی کنید.
- در برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های معمول روزانه جهت حفظ تعادل بین فعالیت و استراحت به بیمار کمک کنید.
- تکنیک‌های حفظ انرژی را به بیمار آموزش دهید (مثل نشستن هنگام شستن یا تهیه غذا).
- با استفاده از اقداماتی از قبیل آرام‌سازی و تجسم‌سازی هدایت شده اضطراب را کاهش دهید، چون سبب ضعف و خستگی می‌شود.
- با سایر اعضای تیم مراقبت بهداشت برای کشف و ثبت عوامل مرتبط باخستگی برنامه‌ریزی کنید (مثل اپوئتین آلفا [اپوژن][1] برای خستگی مرتبط با کم خونی).

حفظ فرآیندهای تفکر

- بیمار را از نظر اختلالات وضعیت روانی بررسی کنید.
- در صورت لزوم بیمار را نسبت به شخص، مکان و زمان آگاه سازید؛ یک برنامه روزانه منظم تنظیم و اجرا نمایید.
- دستورات لازم را به بیمار به‌صورت آهسته، ساده و شفاف آموزش دهید و به خانواده نیز بیاموزید که اینگونه با بیمار صحبت کنند.
- چراغ‌های خواب برای اتاق خواب و حمام فراهم کنید. برای فعالیت‌های ایمن اوقات فراقت که قبلا علاقه داشته است برنامه‌ریزی کنید.

هشدار پرستاری: بیمارانی که آنسفالوپاتی HIV دارند در صورت ژوم تحت نظارت مداوم قرار گیرند.

کاهش احساس انزوای اجتماعی

- جوی را فراهم کنید که بیماران ایدزی، خانواده و همسرانشان پذیرفته و درک شوند.
- بلافاصله سطح معمولی تعامل اجتماعی بیمار را بررسی کنید تا یک سطح

1- Epoetin alfa (Epogen)

پایه جهت کنترل تغییرات رفتار او به دست آید.
- بیمار را تشویق کنید در مورد احساسات تنهایی و جدایی‌اش صحبت کند؛ به بیمار اطمینان دهید که این احساسات منحصر به فرد یا غیرطبیعی نیست.
- به بیمار، خانواده و دوستانش اطمینان دهید که ایدز از طریق تماس معمولی انتقال پیدا نمی‌کند.

مقابله با احساس گناه
- برای دستیابی و تشخیص منابع حمایتی و مکانیسم‌های مقابله به بیمار کمک کنید.
- بیمار را تشویق کنید که ارتباط با خانواده، دوستان و همکارانش را حفظ کند و تا حدامکان فعالیت‌های معمولش را ادامه دهد.
- به بیمار توصیه کنید که از گروه‌های حمایتی محلی و ملی ایدز استفاده کندو با آن‌ها تماس داشته باشد و با کسانی که به آن‌ها دسترسی ندارد ارتباط برقرار کند.

پایش و رسیدگی به عوارض
- *وقفه تنفسی و اختلال در نفس کشیدن*: مقادیر گازهای خون شریانی (ABG)، اشباع اکسیژن، میزان و الگوی تنفسی، و صداهای تنفسی را بررسی کنید؛ از ساکشن و اکسیژن درمانی استفاده کنید؛ به بیمارانی که از تهویه مکانیکی استفاده می‌کنند برای مقابله با استرس مربوطه کمک کنید.
- به بیمار اطلاع دهید که علایم و نشانه‌های عفونت‌های فرصت طلب شامل تب، بی‌حالی، اختلال تنفس، تهوع یا استفراغ، اسهال، اشکال در بلع و وقوع هرگونه تورم یا ترشح می‌باشد. این نشانه‌ها باید بلافاصله به ارایه‌دهندگان مراقبت بهداشتی اطلاع داده شود.
- *سندرم تحلیل کننده و اختلالات آب و الکترولیت*: افزایش یا کاهش وزن، تورگور و خشکی پوست، سطوح فریتین، هموگلوبین و هماتوکریت و الکترولیت‌ها را زیر نظر داشته باشید. در انتخاب غذاهای جبران‌کننده الکترولیت‌ها کمک کنید. اقدامات کنترل اسهال را آغاز کنید. مایعات و الکترولیت‌های وریدی تجویز شده را تزریق کنید.
- *عوارض جانبی داروها*: درباره هدف، تجویز، عوارض جانبی (قابل گزارش به پزشک)، و راه‌های کنترل و پیشگیری از عوارض جانبی داروها، بیمار را آگاه

کنید. مقادیر تست‌های آزمایشگاهی را زیر نظر داشته باشید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از فرد به بیمار

- درباره بیماری و همه ترس‌ها و باورهای نادرست به‌طور کامل بحث کنید؛ راه‌های انتقال ایدز را به بیمار، خانواده و دوستان او آموزش دهید.
- درباره موارد احتیاط جهت پیشگیری از ایدز بحث کنید: استفاده از کاندوم‌ها برای روابط جنسی از راه واژن یا مقعد؛ استفاده از محافظ دندانی یا خودداری از تماس دهانی با آلت‌تناسلی، واژن، یا رکتوم ؛ اجتناب از اعمال جنسی که ممکن است سبب پارگی و ترک خوردگی مخاط رکتوم، واژن یا آلت‌تناسلی شود؛ و پرهیز از تماس جنسی با افراد مختلف از قبیل افرادی که HIV مثبت هستند، آن‌هایی که مواد مخدر تزریقی استفاده می‌کنند، و آن‌هایی که شریک جنسی مصرف کنندگان مواد مخدر تزریقی هستند.
- چگونگی پیشگیری از انتقال بیماری از جمله بهداشت دست و روش‌های حمل ایمن مواد آغشته به معاینات بدن را به بیمار و خانواده آموزش دهید.
- به بیمار آموزش دهید که خون اهداء نکند.
- بر اهمیت مصرف داروهای تجویز شده تاکید کنید. به بیمار و مراقبت دهندگانش برای هماهنگی رژیم دارویی در زندگی‌شان کمک کنید.
- نحوهٔ تجویز داروها را آموزش دهید؛ به خصوص داروهای داخل وریدی.
- درباره عفونت، مراقبت تکمیلی، رژیم غذایی، استراحت و فعالیت‌ها راهنمائی‌های لازم را آموزش دهید.
- در صورت امکان به بیمار و خانواده چگونگی استفاده از تغذیه از راه وریدی یا روده‌ای را آموزش دهید.
- برای سازگاری با این بیماری حمایت و راهنمایی لازم را پیشنهاد کنید.

تداوم مراقبت

- بیمار و خانوده را به مراقبت پرستاری در منزل یا جهت حمایت عاطفی و فیزیکی به آسایشگاه ارجاع دهید.
- جهت فراهم کردن مراقبت حمایتی، خانواده و مراقبت دهندگانش را کمک کنید.

- جهت تجویز آنتی‌بیوتیک‌های تزریقی، شیمی‌درمانی، تغذیه، مراقبت پیچیده زخم، و مراقبت تنفسی به بیمار کمک کنید.
- از بیمار و خانواده حمایت عاطفی به عمل آورید.
- برای برنامه‌های اجتماعی، کمک خانه‌داری، تهیه غذا، حمل و نقل، خرید، درمان فردی و گروهی، حمایت از مراقبت‌دهندگان، شبکه‌های تلفن برای خانه‌نشین‌ها و حمایت‌های مالی و قانونی بیمار را معرفی کنید.
- بیمار و خانواده را تشویق کنید درباره تصمیم‌های پایان عمر بحث کنند.

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- حفظ تمامیت پوست
- از سرگیری مجدد رفتارهای معمول روده
- عدم تجربه هر گونه عفونت
- حفظ سطح تحمل فعالیت در حد کافی
- حفظ فرآیندهای تفکر در سطح معمولی
- حفظ کلیرانس راه هوایی در سطح مؤثر
- افزایش سطح راحتی و عدم درد
- حفظ وضعیت تغذیه‌ای در سطح کافی
- کاهش تجربه و احساس انزوای اجتماعی
- پیشرفت در پشت سر گذاشتن فرایند سوگ
- گزارش افزایش درک درباره ایدز و همکاری در فعالیت‌های مراقبت از خود تا حد امکان
- هیچ گونه عوارض ندارد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سندرم دیسترس تنفسی حاد

سندرم دیسترس تنفسی حاد (ARDS؛ ادم ریوی غیرکاردیوژنیک) یک سندرم بالینی که مشخصات آن ادم ناگهانی و پیش‌رونده، افزایش انفیلتراسیون دو طرفه، کاهش پذیرش ریوی، و هیپوکسمی مقاوم به اکسیژن رسانی می‌باشد. ARDS ناشی از یک عامل التهابی است که سبب آسیب غشاء مویرگی آلوئولی می‌شود. افراد در معرض خطر این سندرم کسانی هستند که آسیب مستقیم ریه‌ها (مثل، آسپیراسیون، استنشاق دود سیگار) یا آسیب غیرمستقیم ریه‌ها (مثل شوک) را تجربه کنند. عمده‌ترین علت مرگ در اثر نارسایی عضو چندسیستمی با سپسیس است.

میزان مرگ و میر ناشی از سندرم دیسترس تنفسی ممکن است تا سقف ۵۰ تا ۶۰ درصد برسد.

تظاهرات بالینی

- شروع ناگهانی تنگی‌نفس شدید، معمولاً ۱۲ تا ۴۸ ساعت پس از شروع حادثه
- فرورفتگی‌های بین دنده‌ای و کراکل‌ها
- هیپوکسمی شریانی که با اکسیژن‌رسانی برطرف نمی‌شود.
- تنفس دردناک و تاکی‌پنه

بررسی و یافته‌های تشخیصی

- بر اساس معیارهای بالینی: تاریخچه عوامل خطر، شروع حاد دیسترس تنفسی، آنفیلتراسیون ریوی دو طرفه، فقدان نارسایی قلب چپ، و هیپوکسمی شدید و مقاوم (Pao2/ Fio2< ۲۰۰ mmHg).
- عکس‌برداری قفسه سینه نشانگر آنفیلتراسیون دو طرفه و ادم ریوی است.

درمان طبی

- بیماری واقعی را تشخیص و درمان کنید؛ از تشخیص اولیه اطمینان حاصل کنید؛ از درمان حمایتی جسورانه استفاده کنید؛ از عفونت پیشگیری کنید (لوله‌گذاری و تنفس مکانیکی).
- در صورت پیشرفت بیماری از فشار مثبت انتهای بازدمی[1] (PEEP) استفاده کنید.
- برای فلج کردن و تهویه سریع‌تر از داروهای بلوک‌کننده عصبی ماهیچه‌ای از قبیل پانکرونیوم (پاوولین)[2] و وکورونیوم (نورکورون)[3] استفاده شود.
- مقدار گازهای خون شریانی، پالس‌اکسی‌متری و تست کارکرد ریوی را بررسی کنید.
- از گردش خون حمایت به عمل آورید؛ هیپوولمی را به‌دقت درمان کنید؛ از گرانباری[4] جلوگیری کنید.
- مایعات کافی به بیمار برسانید. مایعات داخل وریدی تجویز کنید.
- از نظر تغذیه‌ای حمایت کنید (۳۵ تا ۴۵ کیلوکالری به ازای هر کیلوگرم به‌طور روزانه).
- برای درمان دارویی ممکن است از بازترکیب انسانی آنتاگونیست گیرنده اینترلوکین ـ ۱، مهارکننده‌های نوتروفیل، گشادکننده‌های اختصاصی ریوی، درمان جایگزینی سورفکتانت، مواد ضدعفونی‌کننده، درمان ضداکسیدان و کورتیکواستروئیدها (در مرحله انتهایی ARDS) استفاده شود.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا ARDS

بررسی

- بیمار را در فواصل زمانی کم تحت نظر داشته باشید زیرا ARDS می‌تواند به‌سرعت تا وضعیت مرگبار پیشرفت کند.

1- Positive end - respiratory Presure (PEEP)

2- Pancuronium (Pavolon)

3- Vecuronium (Norcuron)

4- Overload

- به پرخاشگری و اضطراب توجه نموده و آن‌را کاهش دهید.

تشخیص‌های پرستاری

- اختلال تبادلات گازی در ارتباط با احتقان
- اضطراب در ارتباط با ترس از مرگ

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف مراقبت از بیمار ممکن است شامل دستیابی به تنفس کافی خود به خود و بدون زحمت؛ حفظ مقدار گازهای خون شریانی بیمار در حدطبیعی بدون کمک ونتیلاتور، و اطمینان از کاهش اضطراب بیمار به حداقل میزان باشد.

مداخلات پرستاری

برقراری تهویه کافی

- مراقبت تنفسی را تسهیل کنید: جهت بهبود حداکثر تنفس، اکسیژن، لوله‌گذاری داخل‌نای، تراکئوستومی و ساکشن بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید و تهویه مکانیکی با آرامبخش و فلج‌کننده‌ها را در صورت نیاز استفاده کنید.
- فیزیوتراپی قفسه‌سینه (بدتر شدن میزان اکسیژناسیون همراه با تغییر وضعیت را به دقت پایش کنید).
- مداخلات ایمنی در ارتباط با مراقبت ونتیلاتور را انجام دهید.
- برای کاهش مصرف اکسیژن، استراحت را توصیه کنید.
- در زمان‌هایی که بیمار تهویه انجام نمی‌دهد او را به دریافت مایعات خوراکی تشویق کنید.

کاهش اضطراب

- از بیمار حمایت عاطفی به عمل آورید و اضطراب او را کاهش دهید.
- همه اقدامات را برای بیمار توضیح دهید و مراقبت‌های لازم را با آرامش و توأم با اطمینان برای او انجام دهید.

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار

- تنفس‌های راحت و خود به خود
- طبیعی بودن گازهای خون شریانی، پالس‌اکسیمتری و تست‌های کارکرد ریوی.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Addison's Disease
(Primary Adrenocortical Insufficiency)
بیماری آدیسون (نارسایی آدرنوکورتیکال اولیه)

بیماری آدیسون در اثر کاهش هورمون‌های قشری فوق کلیه ایجاد می‌شود. این بیماری وقتی حاصل می‌شود که قشر غده فوق کلیه نیاز بیمار را از نظر هورمون‌های قشری به اندازه کافی تأمین نمی‌کند. علّت ۸۰ تا ۹۰ درصد این موارد آتروفی اتوایمیون یا ناشناخته غدد فوق‌کلیوی می‌باشد. علل دیگر آن شامل برداشتن جراحی هر دو غده فوق‌کلیه یا عفونت (سل یا هیستوپلاسموز) غدد فوق‌کلیوی است. ترشح ناقص هورمون آدرنوکورتیکوتروبین (ACTH) از غده‌هیپوفیز قدامی منجر به نارسایی فوق کلیه می‌شود. بروز علایم همچنین ممکن است ناشی از توقف ناگهانی درمان با هورمون‌های اگزوژن (خارجی) قشری فوق‌کلیه باشد که در مکانیسم‌های فیدبک طبیعی اختلال ایجاد می‌کند.

تظاهرات بالینی

تظاهرات بالینی اصلی شامل موارد زیر هستند: ضعف عضلانی، آنورکسی، علایم معدی - روده‌ای، خستگی، لاغری، تیرگی پوست و غشاهای مخاطی، کاهش فشار خون، کاهش قند خون، کاهش سدیم خون، و افزایش پتاسیم خون. شروع بیماری با علایم غیراختصاصی همراه است. در ۶۰ تا ۸۰ درصد بیماران آسیب‌های روانی (افسردگی، بی‌ثباتی احساسی، بی تفاوتی و گیجی) مشاهده می‌شود. در موارد شدیدتر، اختلال متابولیسم سدیم و پتاسیم به

بحران آدیسونی

این اورژانس پزشکی هنگام پیشرفت بیماری روی می‌دهد. علایم و نشانه‌ها شامل موارد زیر است:

- سیانوز، تب، و علایم کلاسیک شوک: رنگ پریدگی، بیم و هراس، نبض تند و ضعیف، تنفس سریع و کاهش فشار خون.
- سردرد، تهوع، درد شکمی، اسهال، گیجی، و بی‌قراری.
- فشار به خود مختصر، در معرض سرما قرار گرفتن، و عفونت‌های حاد سبب کاهش جذب نمک شده و ممکن است منجر به کلاپس گردش خون، شوک و مرگ شوند.
- استرس جراحی یا دهیدراسیون ناشی از آمادگی برای تست‌های تشخیصی یا جراحی ممکن است وقوع بحران آدیسونی و کاهش فشار خون را تسریع بخشد.
- کاهش سطوح گلوکز و سدیم خون، افزایش پتاسیم خون (هیپرکالمی) و لکوسیتوز

بررسی و یافته‌های تشخیصی

نارسایی آدرنوکورتیکال اولیه: افزایش بسیار زیاد ACTH پلاسما (> ۲۲/۰ pmol/L) ؛ کورتیزول سرم کمتر از حد نرمال (<۱۶۵ nmol/L)؛ کاهش سطوح گلوکز خون (هیپرگلیسمی) و سدیم خون (هیپرناترمی)؛ افزایش سطح پتاسیم سرم (هیپرکالمی) و افزایش تعداد سلول‌های سفید خون (لکوسیتوز).

درمان طبی

درمان فوری در جهت مبارزه با شوک می‌باشد.

- حفظ گردش خون، تجویز مایعات، کنترل علایم حیاتی، و قراردادن بیمار در وضعیت به پشت خوابیده و پاها بالاتر از بدن.
- هیدروکورتیزون داخل وریدی و به دنبال آن دکستروز ۵٪ در نرمال سالین تزریق نمایید.
- در صورت وجود هیپوتانسیون ممکن است آمین‌های منقبض‌کننده عروق مورد نیاز باشد.
- برای عفونت ممکن است آنتی‌بیوتیک تجویز شود.

- به محض تحمل بیمار و در صورت امکان تغذیه خوراکی را شروع کنید.
- در صورتی که عملکرد غده آدرنال به حالت طبیعی برنگردد، جایگزینی مادام‌العمر کورتیکواستروئیدها و مینرالوکورتیکواستروئیدها ضروری می‌باشد.
- در مدت زمانی که بیمار مایعات معدی - روده‌ای را از طریق استفراغ و اسهال از دست می‌دهد رژیم غذایی او باید سرشار از نمک باشد.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به آدیسون

بررسی

بررسی بر عدم تعادل مایعات و استرس متمرکز است.

- فشار خون را از حالت خوابیده تا ایستاده کنترل کنید؛ میزان نبض را کنترل کنید.
- تورگور و رنگ پوست را بررسی کنید.
- سابقه تغییرات وزن، ضعف عضلانی و خستگی را بررسی کنید.
- درباره شروع بیماری یا افزایش استرس که ممکن است تسریع‌کننده بحران باشد از بیمار و خانواده سؤال کنید.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- کاهش حجم مایع در ارتباط با دریافت ناکافی و اتلاف مایعات ثانویه به ترشح ناقص هورمون آدرنال.
- عدم آگاهی درباره نیاز به جایگزینی هورمون و اصلاح رژیم غذایی.

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

بحران آدیسون

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف ممکن است شامل بهبود تعادل مایعات، بهبود پاسخ به فعالیت، کاهش استرس، افزایش آگاهی درباره نیاز به جایگزینی هورمون و اصلاح رژیم غذایی، و اطمینان دادن نسبت به عدم وجود عوارض باشد.

مداخلات پرستاری

حفظ تعادل مایعات

- ثبت روزانه تغییرات وزن.
- بررسی تورگور پوست و غشاهای مخاطی.
- آموزش به بیمار درباره گزارش افزایش تشنگی.
- کنترل مکرر فشار خون در حالت‌های درازکش، نشسته و ایستاده.
- بیمار را برای انتخاب و مصرف غذا و مایعاتی که به حفظ تعادل آب و الکترولیت کمک می‌کنند (مثل غذاهای پرسدیم هنگام اختلالات معدی روده‌ای و هوای خیلی گرم) راهنمایی کنید. برای راهنمایی بیشتر به متخصص تغذیه ارجاع دهید.
- در یادگیری تجویز هورمون جایگزین و تغییر میزان آن در هنگام بیماری و استرس به بیمار و خانواده کمک کنید.
- درباره درمان با مینرالوکورتیکوئید و گلوکوکورتیکوئید آموزش‌های شفاهی و کتبی بدهید.

بهبود تحمل فعالیت

- اجتناب از فعالیت‌های غیرضروری و استرس که منجر به ایجاد مرحله کاهش فشار خون می‌شود.
- علایم عفونت یا تنش‌زاهایی که وجود آن‌ها سبب شروع بحران می‌شود را مشخص کنید.
- در هنگام وقوع بحران‌های حاد محیط آرام و بدون استرس را فراهم نموده و همه فعالیت‌های بیمار را انجام دهید.
- برای کاهش ترس و اضطراب همه‌ی اقدامات را برای بیمار تشریح کنید.
- در هنگام بحران حاد دلیل منطقی کاهش استرس را توضیح دهید.

کنترل و درمان عوارض (بحران آدیسون)

- بیمار را از نظر علایم و نشانه‌های بحران بررسی کنید: کلاپس گردش خون و شوک.
- اجتناب از استرس‌های فیزیکی و روانی - اجتماعی مثل قرار گرفتن در معرض سرما، فشار زیاد، عفونت و خستگی روحی.

- بلافاصله درمان را با مایعات وریدی، گلوکز، و الکترولیت‌ها مخصوصاً سدیم؛ فرآورده‌های کورتیکواستروئیدی و منقبض کننده‌های عروقی شروع کنید.
- از فشار به بیمار اجتناب کنید؛ اقداماتی را انجام دهید که انتظار می‌رود برای برآوردن نیازهای بیمار مفید باشد.
- برای ارزیابی بازگشت بیمار به وضعیت قبل از بحران نشانه‌ها، علایم حیاتی، وزن، تعادل آب و الکترولیت را کنترل کنید.
- عواملی که منجر به بحران می‌شوند را مشخص کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- دستورات کتبی و شفاهی روشن درباره دلیل منطقی درمان جایگزینی و مقدار صحیح آن به بیمار و خانواده بدهید.
- درباره چگونگی تغییر مقدار دارو و افزایش نمک در زمان‌های بیماری، هوای خیلی گرم، و وضعیت‌های پراسترس به بیمار و خانواده آموزش دهید.
- به بیمار آموزش دهید که برای حفظ تعادل آب و الکترولیت رژیم غذایی و دریافت مایعات را اصلاح کند.
- یک سرنگ و ویال استروئید (Solu-Cortef) برای استفاده اورژانسی فراهم کنید. زمان و چگونگی مصرف آن را آموزش دهید.
- به بیمار توصیه کنید ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی مثل دندانپزشک را نسبت به مصرف استروئید مطلع سازد. ضرورت استفاده از دستبند هشدار پزشکی را به بیمار گوشزد نمایید.
- علایم ازدیاد یا کمبود هورمون جایگزینی را به بیمار و خانواده آموزش دهید.
- در ارتباط با تغییرات رژیم غذایی (سدیم) در طول بیماری و هوای گرم جهت حفظ تعادل آب و الکترولیت به بیمار آموزش دهید.

تداوم مراقبت

- به بیماران توصیه کنید که برای مشخص شدن تغییرات اساسی در وزن که نشانگر اتلاف مایعات (به علّت کاهش زیاد هورمون) یا احتباس (به‌علت

افزایش زیاد هورمون) می‌باشد، خودشان را روزانه وزن کنند.
- اگر بیمار پس از ترخیص نمی‌تواند کار و مسؤولیت‌های خانوادگی‌اش را دوباره از سر بگیرد او را به پرستار بهداشت جامعه برای مراقبت در منزل ارجاع کنید.
- بهبود را بررسی کنید، جایگزینی هورمون را کنترل کرده و استرس در منزل را بررسی کنید.
- برنامه‌های بیمار برای ویزیت‌های پیگیری به درمانگاه یا مطب پزشک را تنظیم کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

بیماری آلزایمر Alzheimer's Disease

بیمار آلزایمر (AD) یکی از شایع‌ترین دمانس‌های نورولوژیکی و دژنراتیو و غیرقابل برگشت است. دمانس یک سندرم اکتسابی با وخامت پیش‌رونده در توانایی‌های فکری کلی می‌باشد. این وخامت در عملکردهای اجتماعی و شغلی معمول فرد اختلال ایجاد می‌کند. در بیماری آلزایمر به نظر می‌رسد که تغییرات نوروپاتولوژی و بیوشیمی اختصاصی رخ می‌دهد که منجر به کاهش اندازه مغز و کاهش تولید استیل‌کولین می‌شود. بیماری بدون سروصدا آغاز می‌شود و با فقدان تدریجی توانایی‌های عملکردی و شناختی و اختلالات رفتاری و عاطفی شناخته می‌شود.

ترکیبی از عوامل ممکن در AD نقش داشته باشند که عبارتند از: ژن‌ها، تغییرات نوروترانسمیتر، ناهنجاری‌های عروقی، هورمون‌های استرس، تغییرات شبانه‌روزی، ترومای سر و تشنج‌ها.

التهاب و استرس اکسایشی[1] و وقوع سکته‌های مغزی به عنوان عوامل تأثیرگذار بر بیماری آلزایمر مورد بحث هستند. مرگ در اثر وخیم‌تر شدن عارضه‌ای از قبیل پنومونی، سوء تغذیه یا دهیدراسیون رخ می‌دهد.

1- Oxidative

تظاهرات بالینی

نشانه‌ها خیلی گوناگون و برخی شامل موارد زیر هستند:

- در شروع بیماری فراموشی و فقدان جزئی حافظه وجود دارد، اگرچه مهارت‌های اجتماعی و الگوهای رفتاری صحیح و سالم است. با پیشرفت بیماری فراموشی در خیلی از رفتارهای روزانه مشاهده می‌شود (به‌طور مثال، بیمار در یک محیط آشنا گم می‌شود یا مطالبی را تکراری بیان می‌کند).
- توانایی بیان مفاهیم و تفکر انتزاعی در بیمار از بین می‌رود.
- بیمار ممکن است رفتار تکانشی[1] نادرست از خود نشان می‌دهد.
- تغییرات شخصیت رخ می‌دهد؛ بیمار ممکن است افسرده، بدگمان، پارانوئید، متخاصم و ستیزه‌جو شود.
- صحبت کردن بیمار به سمت حرف‌های زشت و بی‌ربط پیش می‌رود؛ بی‌قراری[2] و فعالیت فیزیکی افزایش می‌یابد.
- در اثر افزایش سطح فعالیت ممکن است اشتهای پرولع داشته باشد؛ در اثر پیشرفت بیماری دیسفاژی نیز گزارش شده است.
- سرانجام بیمار در همه جنبه‌های زندگی روزانه نیاز به کمک پیدا می‌کند (از جمله رفتن به توالت به‌علت وقوع بی‌اختیاری).
- مرحله انتهایی ممکن است ماه‌ها طول بکشد.

بررسی و یافته‌های تشخیصی

تشخیص براساس حذف موارد است و با اتوپسی قطعی می‌شود.

- نشانه‌های بالینی از طریق تاریخچه بهداشتی به دست می‌آید، مثل یافته‌های فیزیکی و این نشانه‌ها از بررسی توانایی‌های عملکردی حاصل می‌شوند (مثل بررسی وضعیت روانی حداقل).
- نوار مغزی (EEG)
- سی‌تی‌اسکن
- تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)
- تست‌های آزمایشگاهی، به ویژه خون و مایع مغزی نخاعی (CSF)

1- impulsive 2- agitation

درمان طبی

بدون معالجه یا روشی برای کاهش سرعت پیشرفت بیماری آلزایمر، درمان شامل بهبود علایم شناختی با مهارکننده‌های کولین‌استراز، از قبیل دونپزیل (آریسپت[1])ف ریواستیگمین (السکن[2]) و گالانتامین (رمینیل[3]) است. این داروها میزان جذب استیل‌کولین در مغز را افزایش داده و سبب حفظ حافظه برای مدتی می‌شوند. ممانتین (نامندا[4]) اخیراً برای کاهش وخامت بالینی آلزایمر از وضعیت متوسط به شدید استفاده می‌شود.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به آلزایمر

بررسی

از بیمار شرح حال سلامتی گرفته و معاینه وضعیت روانی و معاینه فیزیکی انجام دهید، به‌علایم نشان‌دهنده دمانس توجه نمایید. یافته‌ها را به پزشک گزارش کنید. همان‌طوری که اشاره شد در ارزیابی تشخیصی کمک کنید، برای افزایش ایمنی و همکاری، محیط آرامی را فراهم سازید.

تشخیص‌های پرستاری

- اختلال فرآیند تفکر در ارتباط با کاهش عملکرد شناختی
- خطر آسیب دیدگی در ارتباط با کاهش عملکرد شناختی
- اضطراب در ارتباط با به هم ریختگی فرآیندهای تفکر
- عدم تعادل تغذیه‌ای: کمتر از نیازهای بدن در ارتباط با زوال شناختی.
- عدم تحمل فعالیت در ارتباط با عدم تعادل در الگوی فعالیت/ استراحت
- کاهش مراقبت از خود، حمام/ بهداشت، تغذیه، توالت، رفتن در ارتباط با زوال شناختی.
- اختلال در تعامل اجتماعی در ارتباط با زوال شناختی
- عدم آگاهی خانواده / مراقبت‌دهنده در ارتباط با مراقبت از بیمار مبتلا به کاهش عملکرد شناختی.

1- Donepezil (Aricept)
2- Rivastigmine (Exelon)
3- Galantamine (Reminyl)
4- Memantine (Namenda)

- فرآیندهای غیرمؤثر خانواده در ارتباط با افت عملکرد شناختی بیمار

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف برای بیمار ممکن است شامل حمایت در موارد زیر باشد: کارکرد شناختی، ایمنی فیزیکی، کاهش اضطراب، تغذیه کافی، بهبود تحمل فعالیت، مراقبت از خود و اجتماعی بودن، حمایت و آموزش مراقبت دهندگان.

مداخلات پرستاری

حمایت از عملکرد شناختی

جهت به حداقل رساندن گیجی و موقعیت ناشناسی[1] یک محیط آرام و مورد انتظار برای بیمار فراهم کنید. با یک روش آرام و رضایت‌بخش، توضیحات شفاف و ساده و با استفاده از علائم و کمک‌کننده‌های حافظه به بیمار کمک کنید تا احساس امنیت کند.

ارتقای امنیت جسمی

- محیطی ایمن فراهم ساخته و به بیمار اجازه دهید تا جایی که اجازه دارد آزادانه حرکت کند و خانواده را از نگرانی دربارهٔ امنیت برهانید.
- با از میان برداشتن خطرات آشکار و ایجاد محیط روشن از سقوط و دیگر حوادث پیشگیری کنید.
- دریافت داروها و غذا را کنترل کنید
- به بیمار اجازه دهید که فقط در حضور مراقب سیگار بکشد.
- با سرگرمی و رفتار ملایم رفتارهای بیهوده بیمار را کاهش دهید. جهت حمایت از بیمار همه فعالیت‌های خارج از منزل او را تحت نظارت داشته باشید. در صورت نیاز، درهای خروجی منزل را ایمن سازید. اطمینان حاصل کنید که بیمار از گردن بند یا دستبند هویت استفاده می‌کند.
- از محدودیت‌ها اجتناب کنید، زیرا ممکن است بیتابی بیمار را افزایش دهد.

1- Disorientation

کاهش اضطراب و بیتابی

- جهت تقویت تصویر ذهنی مثبت به‌طور مداوم از بیمار حمایت احساسی به عمل آورید.
- وقتی که بیمار مهارتهایش را از دست می‌دهد اهداف را متناسب با توانایی رو به زوال بیمار تنظیم کنید. فعالیت‌هایی را برای کمک به پیشگیری از بیتابی تدارک ببینید.
- محیطی ساده، صمیمی و بدون سرو صدا فراهم سازید و تغییرات را کم کنید.
- آرامش را حفظ کرده و از شتابزدگی بپرهیزید، مخصوصاً وقتی که بیمار در وضعیت ستیزه‌جویی و بیتابی می‌باشد که به واکنش فاجعه‌آمیز معروف است (واکنش شدید به تحریک بیش از اندازه).
- برای انتقال پیام از جملات ساده استفاده کنید. جهت درک بهتر پیام از شتابزدگی بپرهیزید و صداها و حواس پرتی را کاهش دهید.
- برای کاهش بیتابی در طول روز از فعالیت‌های هدفمند استفاده کنید.

بهبود تغذیه کافی

- هنگام وعده‌های غذا سادگی و آرامش را حفظ کنید؛ از درگیری اجتناب کنید.
- جهت پیشگیری از خفگی غذا را به تکه‌های کوچکی تقسیم کنید و مایعات را برای بلع آسان به ژلاتین تبدیل کنید. در هر زمان از یک ظرف غذا استفاده کنید.
- برای پیشگیری از سوختگی از دادن غذاهای گرم و نوشیدنی‌های داغ بپرهیزید.

برقراری تعادل فعالیت و استراحت

- برای کمک به آرامش و خواب بیمار از موسیقی، شیر گرم یا ماساژ پشت استفاده کنید.
- جهت کمک به خواب شبانه در طول روز فرصت کافی برای ورزش بیمار مهیا سازید. خواب‌های طولانی مدت در طول روز توصیه نکنید.
- هرگونه نیازهای روانی و اجتماعی زمینه‌ای که ممکن است سبب پریشانی یا دیگر رفتارهای نادرست شود را بررسی و رسیدگی کنید.

بهبود استقلال در فعالیت‌های مراقبت از خود

- فعالیت‌های روزانه را به‌صورت چند مرحله‌ای کوتاه و قابل حصول در آورید به‌طوری که بیمار احساس رضایت داشته باشد.
- ارزش شخصیتی و استقلال بیمار را حفظ کنید.
- بیمار را تشویق کنید که تا حدامکان حق انتخاب داشته باشد و در فعالیت‌های مراقبت از خود شرکت کند.

تأمین نیازهای اجتماعی شدن و معاشرت

- ملاقات‌ها، نامه‌نگاری و تماس‌های تلفنی را تشویق کنید (ملاقات‌ها باید مختصر و بدون استرس باشد و در هر زمان یک یا دو نفر ملاقاتی داشته باشد).
- توصیه کنید که رفتار دوستانه و بدون قضاوت یک حیوان خانگی می‌تواند رضایت بخش بوده و برای تخلیه انرژی خوب باشد.
- همسر بیمار را تشویق کنید که درباره هرگونه مسائل جنسی با بیمار صحبت کند و در صورت لزوم مشاوره جنسی را پیشنهاد کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

نسبت به مسائل خیلی عاطفی که گریبانگیر خانواده است دلسوز باشید. در صورت لزوم به بیمار توصیه کنید جهت اطلاع از تسهیل‌کننده‌های مراقبت طولانی مدت برای کاهش عود بحران ویزیت‌های نزدیک داشته باشد. خانواده را به انجمن حمایت از بیماران مبتلا به آلزایمر برای کمک گروه‌های حمایتی از خانواده، آسایشگاه و مراکز مراقبت روزانه از بالغین ارجاع کنید.

ارزشیابی

پیامدهای مورد انتظار از بیمار

- بیمار فعالیت‌های شناختی، عملکردی و تعامل اجتماعی خویش را تا حد امکان حفظ نموده است.
- بیمار هیچ صدمه‌ای نمی‌بیند.
- اضطراب و بیتابی بیمار در پایین‌ترین اندازه می‌باشد.
- بیمار نیازهای خویش را می‌فهمد و بیان می‌کند.

- نیازهای اجتماعی شدن و صمیمیت بیمار برطرف شده است.
- بیمار و خانواده آگاهی کافی درباره بیماری و درمان و رژیم‌های مراقبتی پیدا کرده‌اند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۱۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Amyotrophic Lateral Sclerosis

اسکلروز جانبی آمیوتروفیک

اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) یک بیماری با علت ناشناخته است که در آن نرون‌های حرکتی (سلول‌های عصبی کنترل‌کننده عضلات) شاخک‌های پیشین طناب نخاعی و هسته‌های حرکتی ساقه تحتانی مغز از بین می‌روند. وقتی این سلول‌ها می‌میرند، فیبرهای عضلانی تحت حمایت این سلول‌ها دچار تغییرات آتروفیک می‌شوند. دژنراسیون نرون‌ها ممکن است در هر دو قسمت سیستم‌های نرون حرکتی فوقانی و تحتانی رخ دهد. این بیماری در مردان شایع‌تر از زنان است و شروع آن دهه پنجم یا ششم زندگی است. در ایالات متحده این بیماری به Lou Gehrig معروف است. مرگ معمولاً در اثر عفونت، نارسایی تنفسی یا آسپیراسیون رخ می‌دهد. مدت متوسط از زمان شروع تا مرگ تقریباً سه سال است.

تظاهرات بالینی

مشخصات بالینی ALS به محل نرون‌های مبتلا بستگی دارد. در اغلب بیماران نشانه‌های بارز شامل موارد زیر هستند: ضعف عضلانی پیش‌رونده، کرامپ‌ها، عدم تعادل، آتروفی و فاسیکولاسیون (تیک عضلانی[1]).

زوال‌نرون‌های حرکتی در شاخک‌های پیشین طناب نخاعی

- ضعف عضلانی پیش‌رونده و آتروفی بازوها، تنه یا عضلات پا.

1- Twitching

- افزایش تونوس عضلانی[1]؛ رفلکس‌های وتری عمقی تند و خیلی فعال هستند.
- اسفنکترهای مقعد و مثانه را درگیر نمی‌کند.

ضعف در عضلات تحت حمایت اعصاب جمجمه‌ای (۲۵٪ بیماران در مرحله اولیه)

- اختلال در صحبت کردن، بلع و در نهایت تنفس.
- ضعف کام نرم و مری فوقانی، سبب خروج مایعات از طریق بینی می‌شود.
- اختلال قابلیت خندیدن، گریه‌کردن یا دمیدن بینی.

آسیب عضله پیاز مغز (بصل‌النخاع)

- اختلال پیش‌رونده در صحبت کردن و بلع و آسپیراسیون.
- صدای تودماغی و حرف‌های نامفهوم.
- احساسات ناپایدار است، اما عملکرد عقلی مختل نمی‌شود.
- در نهایت، اختلال عملکرد تنفسی.

بررسی و روش‌های تشخیص

تشخیص براساس علایم و نشانه‌ها می‌باشد زیرا تست‌های بالینی و آزمایشگاهی اختصاصی برای این بیماری وجود ندارد. بررسی‌های الکترومیوگرافیک (EMG) و تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) ممکن است مفید باشد.

درمان طبی

هیچ درمان اختصاصی برای ALS وجود ندارد. برای درمان علامتی به موارد زیر مراجعه کنید.

اقدامات حمایتی و توانبخشی

- برای درمان افزایش تونیسیته عضلانی (اسپاستیسیتی) از باکلوفن[2]،

1- Spasticity

2- Baclofen

دانترولن سدیم[1] یا دیازپام استفاده کنید.

- جهت برطرف کردن کرامپ‌های عضلانی از کینین[2] استفاده کنید.
- ریلوزول[3] (یک آنتاگونیست گلوتامات)
- تغذیه روده‌ای (برای بیمارانی که دچار اختلالات آسپیراسیون با بلع هستند از گاستروستومی آندوسکوپیک از راه پوست [PEG] استفاده کنید).

تهویه مکانیکی

- تصمیم‌گیری در این زمینه به درک بیمار و خانواده از بیماری، پیش‌آگهی و عوارض شروع این درمان بستگی دارد.
- جهت تقویت اراده و امید به زندگی برای دستیابی مجدد به استقلال بیمار را تشویق کنید.

مراقبت پرستاری

مراقبت پرستاری از بیمار مبتلا به ALS معمولاً همانند برنامه پایه‌ای از بیماران مبتلا به اختلالات دژنراسیون عصبی (رجوع کنید به میاستنی گراو) می‌باشد. به بیمار توصیه کنید برای کسب اطلاعات و حمایت با انجمن حمایت از بیماران ALS تماس بگیرد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۵، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

آنافیلاکسی Anaphylaxia

آنافیلاکسی یک پاسخ شدید و تهدیدکننده زندگی به یک واکنش ایمونولوژیک (پر حساسیتی[4] نوع I) بین یک آنتی‌ژن مخصوص و آنتی‌بادی ایمونوگلوبولین E (IgE) می‌باشد. پرحساسیتی نوع I در اثر تماس قبلی با یک آنتی‌ژن خاص از طریق استنشاق، تزریق، بلع یا تماس پوستی رخ می‌دهد. یک واکنش

1- Dantrolene sodium
2- Quinine
3- Riluzole
4- Hypersensitivity

آنافیلاکتوئید (شبه آنافیلاکسی) از نظر بالینی شبیه آنافیلاکسی است. آنافیلاکسی ممکن است در اثر داروها، غذا، لاتکس، نیش حشرات و آنتی‌بادی‌های سیتوتوکسیک از طریق انتقال خون اتفاق بیفتد. واکنش‌ها ممکن است موضعی یا سیستمیک باشند. واکنش‌های آنافیلاکتیک موضعی معمولاً شامل کهیر (بثورات پوستی) و آنژیوادم (تورم) در محل تماس است. واکنش ممکن است شدید باشد اما بندرت مرگبار است. واکنش‌های سیستمیک در دستگاه‌های اصلی بدن و در عرض دقایقی پس از تماس به وقوع می‌پیوندند.

تظاهرات بالینی

نشانه‌های بالینی به مقدار آلرژن، مقدار میانجی آزاد شده، حساسیت اندام هدف، و روش ورود آلرژن بستگی دارد. واکنش‌های پرحساسیتی نوع I ممکن است به هر دو صورت آنافیلاکسی موضعی و سیستمیک باشد.

خفیف

نشانه‌ها شامل موارد زیر است: گزگز محیطی؛ احساس گرما، پری دهان و گلو؛ احتقان بینی؛ تورم دو چشم، خارش، عطسه و آبریزش چشم‌ها. شروع علایم در ۲ ساعت اول پس از تماس می‌باشد.

متوسط

ممکن است شامل هر کدام از علایم خفیف به اضافه اضطراب، برونکواسپاسم و ادم راههای هوایی یا حنجره همراه با تنگی نفس، سرفه، و خس خس باشد. شروع علایم همانند واکنش خفیف است.

شدید

شروع ناگهانی همان علایم و نشانه‌های فوق، که به سرعت به سمت برونکواسپاسم، ادم حنجره، تنگی نفس شدید، سیانوز و هیپوتانسیون، پیشرفت می‌کند. دیسفاژی، کرامپ شکمی، تهوع، علایم اضافی هستند. ایست قلبی و کوما به ندرت ممکن است رخ دهد.

بررسی و روش‌های تشخیص

ارزیابی تشخیصی بیمار مبتلا به اختلالات آلرژیک معمولاً شامل آزمایشات خونی (CBC افتراقی، سطوح بالای IgE سرم)، اسمیرهای ترشحات بدن، تست‌های پوست، و آزمون رادیوآلرگوسوربنت[1].

پیشگیری

پیشگیری بسیار مهم است. ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی باید همیشه قبل از تجویز داروها شرح دقیق از هر نو حساسیت بگیرند. افرادی که به زهر حشرات حساس هستند باید نسبت به زهر ایمن درمانی شوند. افراد دیابتی که به انسولین حساسیت دارند یا بیماران حساس به پنی‌سیلین بهتر است حساسیت زدایی شوند.

درمان طبی

عملکرد تنفسی و قلبی عروقی را ارزیابی کرده و در صورت بروز نارسایی قلبی، احیای قلبی و تنفسی (CPR) را آغاز کنید. در طول CPR یا وقتی که بیمار سیانوز، تنگی نفس و خس‌خس دارد اکسیژن با غلظت بالا تجویز می‌شود. برای بیمارانی که واکنش خفیف نشان می‌دهند لازم است درباره خطر عود مجدد آموزش داده شود. بیمارانی که واکنش شدید دارند بهتر است ۱۲ تا ۱۴ ساعت زیر نظر باشند.

درمان دارویی

- برای پیشگیری از عودهای مجدد واکنش و بهبود کهیر و آنژیوادم ممکن است اپی‌نفرین، آنتی‌هیستامین و کورتیکواستروئید داده شود.
- در صورت لزوم آمینوفیلین ممکن است تجویز شود.
- جهت حفظ فشار خون و وضعیت همودینامیک طبیعی ممکن است از مایعات وریدی و داروهای منقبض‌کننده عروق استفاده شود؛ گلوکاگون نیز ممکن است استفاده شود.

1- Radioallergosorbent Test (RAST)

مراقبت پرستاری

به افرادی که نسبت به نیش و گزش حشرات، داروهای خاص، یا غذاها یا کسانی که واکنش‌های آنافیلاکسی یا ایدیوپاتیک مرتبط با ورزش دارند توصیه کنید از آلرژن‌ها دوری کنند.

- به بیماران توصیه کنید که همیشه یک کیت اورژانسی شامل اپی‌نفرین به همراه داشته باشند.
- دستورات کتبی و شفاهی درباره کیت اورژانسی در اختیار افراد قرار دهید.
- اطمینان حاصل کنید که بیمار بدرستی می‌تواند به خودش تزریق انجام دهد.
- به بیمار توصیه کنید همیشه کارت هویت پزشکی یا دستبند همراه داشته باشد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

آنمی Anemia

آنمی بیماری است که تعداد سلول‌های قرمز خون (RBC) و سطح هموگلوبین (Hgb) کمتر از میزان طبیعی می‌باشد. اغلب به عنوان یک بیماری اختصاصی نمی‌باشد اما علامت یک بیماری واقعی است. آنمی منجر به کاهش اکسیژن‌رسانی به بافت‌های بدن می‌شود. آنمی انواع بسیار مختلفی دارد امّا همه انواع آن از نظر علت ایجاد به‌صورت کاهش تولید گلبول‌های قرمز (هیپوپرولیفراتیو)، افزایش تخریب گلبول قرمز خون (همولیتیک)، یا از دست دادن گلبول قرمز خون (مانند خونریزی معدی ـ روده‌ای)، طبقه‌بندی می‌شوند. سایر عوامل اتیولوژیک شامل کاهش آهن و مواد مغذی، فاکتورهای ارثی، و بیماری‌های مزمن می‌باشند. عوارض کم خونی شدید شامل نارسایی قلبی، پارستزی، گیجی، و مشکلات دیگر اختصاصی نوع آنمی می‌باشد.

تظاهرات بالینی

فاکتورهای مختلفی بر بروز علایم آنمی تأثیر دارند از جمله شدت آن، سرعت ظهور (هر چقدر سرعت شروع بیشتر باشد، شدت علایم بالاست)، و دوره (برای مثال حالت مزمن آن: آنمی بلند مدت ممکن است علایم اندکی به همراه داشته باشد یا هیچ علامتی نداشته باشد)؛ نیازهای متابولیکی بیمار و

ناتوانی‌ها و اختلالات همراه (مانند بیماری قلبی ریوی) و عوارض یا ویژگی‌های اختصاصی بیماری که سبب ایجاد آنمی شده است.

علایم آشکار آنمی شامل موارد زیر است:

- تنگی نفس، درد قفسه سینه، درد عضلانی یا کرامپ، تاکی‌کاردی
- ضعف، خستگی، کسالت عمومی
- رنگ پریدگی پوست و غشاهای مخاطی (صلبیه، موکوس دهان)
- زردی (آنمی مگالوبلاستیک یا همولیتیک)
- زبان صاف و قرمز (آنمی کمبود آهن)
- زبان متورم و قرمز و زخمی (آنمی مگالوبلاستیک)
- شیلوز زاویه‌ای (زخم گوشه دهان)
- ناخن‌های شکننده، شیار شیار، مقعر و پیکا[1] (اشتیاق غیرعادی برای خوردن نشاسته، خاک یا یخ در بیماران مبتلا به کم خونی فقر آهن).

بررسی و روش‌های تشخیص

- مطالعات خون‌شناسی را به‌طور کامل انجام دهید (مانند هموگلوبین، هماتوکریت، شمارش رتیکولوسیت، و شاخص‌های RBC، مخصوصاً حجم متوسط گویچه‌ای MCV).
- مطالعات آهن (سطح آهن سرم، ظرفیت تام اتصال آهن، درصد اشباع و فریتین).
- سطوح ویتامین B_{12} و فولات سرم؛ سطوح هاپتوگلوبین و اریتروپوئتین.
- آسپیراسیون مغزاستخوان و بیوپسی.
- سایر مطالعاتی که برای تشخیص بیماری واقعی لازم باشد.

ملاحظات سالمندی

آنمی شایع‌ترین بیماری خونی است که سالمندان را مبتلا می‌کند. در این افراد، مغزاستخوان مخصوصاً توانایی پاسخگویی به نیازهای بدن از نظر گلبول‌های قرمز را ندارد. در مواردی که نیاز بدن افزایش می‌یابد افزایش تولید گلبول‌های قرمز خون پاسخگو نمی‌باشد و این مسئله بر عملکرد قلبی ریوی تأثیر جدی دارد. چون سالمندانی که مبتلا به مشکلات قلبی یا ریوی

1- Pica

می‌باشند ممکن است قادر به تحمل آنمی نباشند، بلافاصله ارزیابی کامل آنمی ضرورت دارد.

درمان طبی

هدف از درمان بهبود و کنترل علت آنمی و جایگزینی گلبول‌های قرمز تخریب شده یا از دست رفته با استفاده از تزریق گلبول‌های قرمز خون بسته‌بندی شده است. در سالمندان تشخیص و درمان علت آنمی از اهمیت بیشتری برخوردار است تا در نظر گرفتن آن به عنوان عواقب سالمندی.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به آنمی

بررسی

- یک شرح حال بگیرید، معاینه بالینی انجام دهید، و مقادیر آزمایشگاهی را کنترل کنید.
- از بیمار درباره اندازه و نوع علایمی که تجربه کرده است و تأثیر علایم بر شیوه زندگی، تاریخچه مصرف داروها، مصرف الکل، فعالیت‌های ورزشی (تمرین شدید) سؤال کنید.
- از بیمار درباره هرگونه از دست دادن خون (مانند خونریزی قاعدگی بیش از حد یا خونریزی واژینال)، استفاده از ترکیبات آهن در طول حاملگی سؤال کنید.
- درباره سابقه خانوادگی و ارثی آنمی سؤال کنید.
- از نظر تغذیه بررسی کنید: درباره رفتار تغذیه‌ای که منجر به سوء تغذیه، کاهش مواد مغذی از قبیل آهن، ویتامین B_{12} و اسیدفولیک می‌شود سؤال کنید.
- نتایج تست‌های آزمایشگاهی مطرح را کنترل کنید؛ تغییرات را یادداشت کنید.
- وضعیت قلب را بررسی کنید (از نظر علایم اضافه باری یا نارسایی احتقانی قلب): تاکی کاردی، تپش قلب، دیسپنه؛ سرگیجه، ارتوپنه، تنگی نفس کوششی یا همان فعالیتی؛ کاردیومگالی، هپاتومگالی، ادم محیطی.
- از نظر عملکرد معدی ـ روده‌ای بررسی کنید: تهوع، استفراغ؛ اسهال، ملنا یا

مدفوع سیاه رنگ، خون مخفی؛ آنورکسی، التهاب زبان[1].

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- عدم تحمل فعالیت در ارتباط با ضعف، خستگی، و کسالت عمومی.
- تغذیه نامتعادل: کمتر از نیاز بدن در ارتباط با مصرف ناکافی مواد مغذی ضروری.
- پرفیوژن بافتی ناقص در ارتباط با ناکافی بودن حجم خون و هماتوکریت.
- عدم اطلاعات و پذیرش از درمان‌های تجویز شده.

مشکلات همراه/ عوارض احتمالی

- نارسایی قلبی
- آنژین
- پارستزی
- گیجی

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف مهم ممکن است شامل موارد زیر باشد:
تحمل فعالیت طبیعی، حفظ پرفیوژن بافتی در حد لازم، دستیابی یا حفظ تغذیه در حد کافی، پیروی از دستورات درمانی، و فقدان عوارض.

مداخلات پرستاری

درمان خستگی

- برای الویت‌بندی فعالیت‌ها و برقراری تعادل بین فعالیت و استراحت به بیمار کمک کنید.
- بیمار مبتلا به آنمی مزمن را برای حفظ فعالیت فیزیکی و تمرینی جهت پیشگیری از افت تناسب بدن تشویق کنید.
- جهت پیشگیری از افتادن در اثر هماهنگی ضعیف، پارستزی، و ضعف از

1- Glossitis

اقدامات ایمنی استفاده کنید.

حفظ تغذیه کافی

- استفاده از رژیم غذایی متعادل غنی از پروتئین، کالری، میوه‌جات، و سبزیجات را تشویق کنید.
- به بیمار آموزش دهید که از مصرف الکل و غذاهای پر ادویه (محرک) و غذاهای تولیدکننده گاز اجتناب کرده یا مصرف آن‌ها را محدود کند.
- برای بیمار و خانواده جلسات آموزش برنامه غذایی تدوین کنید. دیدگاه‌های فرهنگی تغذیه را در نظر داشته باشید.
- درباره فرآورده‌های غذایی توصیه شده (مانند ویتامین‌ها، آهن، فولات) بحث و گفتگو کنید.

حفظ پرفیوژن بافتی

- علایم حیاتی را از نزدیک کنترل کنید، و داروها (پایین آورنده پرفشاری خون) را تعدیل کرده یا قطع کنید.
- از اکسیژن کمکی، انتقال خون، و مایعات وریدی مطابق دستور پزشک استفاده کنید.

کنترل و درمان عوارض

- بیمار مبتلا به آنمی را از نظر نارسایی قلبی بررسی کنید.
- فعالیت‌ها و محرک‌هایی که سبب افزایش ضربان قلب و برون‌ده قلبی می‌شوند را کاهش دهید.
- بیمار را تشویق کنید موقعیت‌هایی که سبب تپش قلب و تنگی نفس می‌شوند را شناسایی کند.
- برای تنگی‌نفس از اکسیژن استفاده کنید و بالای تخت را بلند کنید.
- علایم حیاتی را کنترل کنید و از نظر نشانه‌های احتباس مایعات بررسی کنید.
- داروهای دیورتیک را مطابق دستور پزشک مصرف کنید.
- از نظر علایم پارستزی، ضعف هماهنگی و تعادل، آتاکسی، و گیجی بررسی کنید.
- جهت پیشگیری از صدمات از لوازم ایمنی استفاده کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

- به بیمار و خانواده هدف از داروهای تجویز شده، چگونگی و طول مدت مصرف آن و چگونگی برخورد با عوارض جانبی داروها را آموزش دهید.
- بیمار را برای گنجاندن برنامه درمانی در برنامه شیوه زندگی یاری دهید.
- به بیمار اطلاع دهید که قطع ناگهانی برخی داروها ممکن است عوارض جدی به دنبال داشته باشد.

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- تحمل فعالیت در حد ایمن و قابل قبول
- دستیابی و حفظ تغذیه کافی
- حفظ پرفیوژن کافی
- عدم وجود یا حداقل عوارض

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Anemia, Aplastic

آنمی، آپلاستیک

آنمی آپلاستیک (کاهش تکثیر)[1] بیماری نادری است که در اثر کاهش یا آسیب سلول‌های اصلی مغزاستخوان و جایگزینی مغز استخوان توسط چربی ایجاد می‌شود که منجر به کاهش قابل توجه هماتوپوئز می‌شود. نوتروپنی و ترومبوسیتوپنی (کاهش پلاکت‌ها) نیز مشاهده می‌شود. آنمی آپلاستیک ممکن است مادرزادی یا اکتسابی باشد. ممکن است ایدیوپاتیک باشد، ممکن است در اثر عفونت‌ها یا حاملگی ایجاد شود و عوامل ایجادکننده آن ممکن است داروها، مواد شیمیایی، یا آسیب اشعه‌ای باشند. شایع‌ترین عوامل مسبب آن داروهای ضدمیکروبی (کلرامفنیکل)، بنزن و مشتقات بنزن (چسب هواپیما)، حشره‌کش‌ها، ارسنیک معدنی، ضدتشنج‌ها، فنیل‌بوتازون،

1- Hypoproliferative

سولفونامیدها، و ترکیبات طلا می‌باشند. اگر تماس سریعاً قطع شود احتمال بهبودی سریع و کامل وجود دارد. مرگ معمولاً در اثر خونریزی یا عفونت به وقوع می‌پیوندد.

تظاهرات بالینی

- شروع تدریجی آن با عوارضی شامل موارد زیر است: عفونت، خستگی، و رنگ پریدگی؛ دیسپنه هنگام فعالیت.
- پورپورا (خونریزی)؛ خونریزی شبکیه‌ای شایع است.
- عفونت‌های مکرر گلو همراه با لنفادنوپاتی و اسپلنومگالی احتمالی.

بررسی و روش‌های تشخیص

- شمارش کامل و آنالیز خون
- تشخیص با آسپیراسیون و بیوپسی از مغزاستخوان انجام می‌شود (مغزاستخوان با چربی جایگزین شده است).

درمان طبی

پیشگیری

تنها در صورتی از داروهای بالقوه سمی استفاده شود که استفاده از روش‌های دیگر ممکن نباشد. در بیمارانی که از داروهای بالقوه سمی برای مغزاستخوان از قبیل کلرامفنیکل استفاده می‌شود، کنترل شمارش کامل خون لازم است. در برخی از بیمارانی که از پیوند مغز استخوان یا پیوند سلول‌های اصلی از طریق عروق محیطی و تجویز داروهای تضعیف‌کننده‌ی ایمنی بهره می‌جویند، از گلبولین آنتی‌تیموسیت (ATG) و سیکلوسپورین استفاده می‌شود.

درمان حمایتی

مصرف داروهای مضر را قطع کنید. تزریق گلبول‌های قرمز خون و پلاکت ممکن است علایم را از بین ببرد. از تماس بیماران مبتلا به لوکوپنی شدید با افراد دارای عفونت جلوگیری به عمل آورید.

مراقبت پرستاری

برای اطلاعات بیشتر به تدابیر پرستاری مربوط به آنمی مراجعه کنید.

- با توجه به میزان ضعف و خستگی برای ذخیره انرژی بیمار برنامه‌ریزی کنید.
- از نظر علایم عفونت و خونریزی بررسی کنید؛ از نواحی تزریق و عفونت‌ها به دقت مراقبت به عمل آورید، و از تروما پیشگیری کنید.
- از هرگونه زخم، ساییدگی، یا زخم غشاهای مخاطی یا پوست پیشگیری کنید چون محل‌های بالقوه عفونت هستند.
- جهت حفظ بهداشت بسیار دقیق دهان و بدن، بیمار را تشویق و یاری کنید (با استفاده از مسواک نرم، بدون نخ دندان).
- وقتی که احتمال ترومبوسیتوپنی وجود دارد، تا حد امکان از تروما اجتناب کنید. از تزریق‌های زیر پوستی و داخل عضلانی اجتناب کنید. نرده‌های کنار تخت را پدگذاری کنید، از ساکشن اجتناب کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

- اهمیت حرارت آترومانیک منظم روده را به بیمار گوشزد کنید. استفاده از نرم‌کننده‌های مدفوع و ملین‌های خوراکی ضرورت دارد چون احتمال ایجاد هموروئید و عفونت و خونریزی وجود دارد.
- از بیماران مبتلا به لوکوپنی شدید در مقابل افراد مبتلا به عفونت محافظت کنید.
- به بیمارانی که داروهای سمی برای طولانی‌مدت استفاده می‌کنند آموزش دهید که مطالعات خونی دوره‌ای انجام دهند و علایم مربوط را گزارش دهند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Anemia, Iron-Deficiency

آنمی، فقر آهن

آنمی فقر آهن اختلالی است که در آن مقدار کل آهن بدن به زیر حد طبیعی کاهش می‌یابد و ذخایر آهن تخلیه می‌شود. به‌طور نمونه هنگامی ایجاد

می‌شود که دریافت آهن از راه تغذیه جهت نگهداری سطح مورد نیاز آهن برای سنتز هموگلوبین ناکافی باشد. در اکثر بزرگسالان از دست دادن خون علّت ایجاد این آنمی است. عوامل خطرزا عبارتند از: تاریخچه زخم گوارشی، گاستریت، کرم‌های قلابدار روده‌ای، تومورهای معدی- روده‌ای، سوء جذب یا غذای حاوی فیبر زیاد (که از جذب آهن جلوگیری می‌کند). شایع‌ترین علّت در مردان و زنان بعد از یائسگی خون‌ریزی است؛ در زنان قبل از یائسگی شایع‌ترین علّت خون‌ریزی بیش از حد قاعدگی (منوراژی) است. الکلیسم مزمن اغلب باعث دریافت ناکافی آهن و از دست دادن آهن از طریق مجرای دستگاه گوارش می‌شود.

تظاهرات بالینی

- علائم آنمی: خستگی، تحریک‌پذیری، بی‌حسی، و سوزش انتهاها.
- علائم در موارد شدیدتر: زبان صاف و زخم‌دار؛ ناخن‌های‌شکننده و لبه‌دار: زخم گوشه لب‌ها (زخم دهان).
- پیکا (تمایل غیرعادی برای موادی نظیر خاک رس، یخ یا نشاسته)، تاریخچه‌ای از حاملگی‌های متعدد، یا خون‌ریزی معدی - روده‌ای.
- هموگلوبین به تناسب کمتر از هماتوکریت و شمارش سلولی گلبول‌های قرمز خون است.
- غلظت آهن سرم کم است.
- ظرفیت کلی اتصال آهن بالا و فریتین سرم کم است.

بررسی و روش‌های تشخیص

- آسپیراسیون مغزاستخوان.
- ارزیابی‌های آزمایشگاهی که شامل سطح فریتین سرم (نشان‌دهنده ذخایر آهن)، شمارش گلبول‌های خون (هموگلوبین، هماتوکریت، شمارش گلبول‌های قرمز، حجم متوسط گویچه‌ای)، سطح آهن سرم، و ظرفیت کلی اتصال آهن می‌باشند.
- کولونوسکوپی و/ یا اندوسکوپی یا دیگر آزمون‌های رادیوگرافی از لوله معدی روده‌ای برای تأیید تشخیص زخم، گاستریت، ماستریت، پولیپ‌ها، یا

سرطان (به ویژه برای افراد ۵۰ ساله و بالاتر).

درمان طبی

- علّت را جستجو کنید، که ممکن است سرطان معدی ـ روده‌ای قابل درمان یا فیبروئیدهای رحم باشد.
- نمونه‌های مدفوع را از نظر خون مخفی آزمایش کنید.
- ترکیبات تجویزشده آهن را (خوراکی، عضلانی، یا وریدی) استفاده کنید.
- از قرص‌های پوشش‌دار روده‌ای اجتناب کنید؛ ممکن است خیلی کم جذب شوند.
- مصرف آهن را ۶ تا ۱۲ ماه ادامه دهید.

مراقبت پرستاری

به‌منظور اطلاعات بیشتر به اقدامات پرستاری در مبحث کم خونی مراجعه کنید.

- در بعضی موارد که آهن خوراکی جذب نمی‌شود، به‌طور ضعیف تحمل می‌شود، یا به مقدار زیادی از آن نیاز است آهن وریدی یا عضلانی تجویز کنید.
- به‌منظور اجتناب از خطر شوک آنافیلاکسی قبل از تزریق عضلانی ابتدا با یک دوز مختصر آزمایش کنید (احتمال شوک آنافیلاکسی در تزریق عضلانی بیشتر از تزریق وریدی است).
- به بیمار توصیه کنید که ترکیبات آهن را یک ساعت قبل از غذا مصرف کند. اگر اختلال گوارشی ایجاد شد پیشنهاد کنید که ترکیبات آهن را همراه با غذا مصرف کند و بعد از اینکه علایم بهبود یافت به‌منظور حداکثر جذب مصرف بین وعده‌های غذایی را دوباره از سر بگیرد.
- بیمار را آگاه کنید که نمک‌های آهن رنگ مدفوع را به سبز تیره یا سیاه تغییر می‌دهند.
- به بیمار توصیه کنید تا دندان‌های خود را به‌طور مرتب مسواک‌زده و نخ بکشد زیرا ترکیبات آهن تمایل دارند روی دندان‌ها و لثه رسوب کنند؛ ترکیبات مایع آهن را با نی مصرف کند و دهان خود را با آب بشوید.
- آموزش‌های پیش‌گیرانه را به بیماران آموزش دهید، زیرا آنمی فقر آهن در زنان حامله و سنین باروری شایع است.

- به بیمار در مورد غذاهای حاوی آهن زیاد آموزش دهید (برای مثال: انواع گوشت، لوبیا، سبزیجات برگ سبز، کشمش، ملاس).
- به بیمار توصیه کنید به‌منظور افزایش جذب آهن، غذاهای حاوی آهن زیاد را با ویتامین C مصرف کند.
- به بیمار آموزش دهید تا از مصرف همزمان آهن با آنتی‌اسیدها یا مواد لبنی اجتناب کند (جذب آهن را کاهش می‌دهند).
- برای بیمارانی که تغذیهٔ عادی آن‌ها ناکافی است مشاوره تغذیه‌ای تدارک ببینید.
- بیمار را تشویق کنید تا مصرف آهن را در کل زمان تجویز شده (۶ تا ۱۲ ماه) ادامه دهد، ولو اینکه احساس خستگی وجود نداشته باشد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Anemia, Megaloblastic
(Vitamin B12 and Folic Acid Deficiency)

آنمی، مگالوبلاستیک (کمبود ویتامین B_{12} و اسیدفولیک)

آنمی‌هایی که به علت کمبود ویتامین B_{12} و اسیدفولیک ایجاد می‌شوند تغییرات مشابهی را در مغزاستخوان و خون محیطی نشان می‌دهند، هر دو ویتامین برای سنتز DNA لازم هستند.

پاتوفیزیولوژی

کمبود هر دو ویتامین ممکن است همزمان وجود داشته باشد. در هر مورد، هیپرپلازی مغزاستخوان اتفاق می‌افتد و پیش‌ساز سلول‌های میلوئید و اریتروئید ظاهر بزرگ و بدشکل پیدا می‌کنند. گلبول‌های قرمزی که تولید می‌شوند به‌طور غیرعادی بزرگ‌تر از حد عادی (مگالوبلاستیک) هستند. پان‌سیتوپنی (کاهش در تمام سلول‌های رده میلویید) ایجاد می‌شود.

کمبود ویتامین B_{12} می‌تواند در نتیجهٔ مصرف ناکافی در گیاه خواران؛ جذب ناقص از دستگاه گوارشی؛ عدم وجود فاکتور داخلی (آنمی مرگبار پرنیشز)؛ بیماری‌هایی که ایلئوم یا پانکراس را درگیر می‌کنند و باعث اختلال جذب ویتامین B_{12} می‌شوند؛ و برداشتن معده (گاستركتومی) ایجاد شود.

میزان بروز سرطان معده در افراد مبتلا به آنمی پرنیشز در مقایسه با افراد عادی بالاتر است.

کمبود اسیدفولیک هنگامی ایجاد می‌شود که یا مصرف فولات ناکافی باشد یا نیاز به آن زیاد شده باشد. افرادی که به‌ندرت سبزیجات خام یا میوه تازه می‌خورند، به ویژه افراد سالمندی که به تنهایی زندگی می‌کنند یا افراد الکلی در معرض خطر هستند. مصرف الکل، آنمی همولیتیک، و حاملگی، نیاز به اسیدفولیک را افزایش می‌دهند. بیماران مبتلا به سوء جذب یا بیماری‌های روده کوچک ممکن است اسیدفولیک را به‌طور طبیعی جذب نکنند.

تظاهرات بالینی

علائم پیش‌رونده هستند و ممکن است با بهبود نسبی و تشدید به‌طور خود به خودی مشخص شوند.

- پیشرفت تدریجی علائم آنمی (ضعف، بی‌حالی، و رنگ پریدگی).
- احتمال ایجاد زبان قرمز، دردناک و صاف و اسهال خفیف (آنمی پرنیشز).
- احتمال ایجاد گیجی؛ اغلب بی‌حسی در اندام‌ها و مشکل در حفظ تعادل؛ از دست دادن حس وضعیت.
- عدم وجود علائم نورولوژیکی با کمبود اسیدفولیک به تنهایی.
- ویتیلیگو (از دست دادن رنگدانهٔ پوست) و خاکستری شدن زودرس موها (اغلب در آنمی پرنیشز دیده می‌شود).
- بدون درمان معمولاً بیماران می‌میرند که علت آن نارسایی احتقانی قلب ناشی از آنمی می‌باشد.

بررسی و یافته‌های تشخیصی

- تست شیلینگ (ابزار تشخیصی اصلی)
- شمارش کامل سلولی (میزان هموگلوبین کمتر از ۴-۵g/dl، تعداد گلبول‌های سفید (WBC) ۲/۰۰۰-۳/۰۰۰ / mm^3، تعداد پلاکت کمتر از ۵۰/۰۰۰mm^3؛ حجم متوسط گویچه‌ای خیلی بالا است معمولاً بیش از ۱۱۰ می‌باشد)
- سطح سرمی فولات و ویتامین B_{12} (کمبود اسیدفولیک و کمبود ویتامین B_{12})

درمان طبی: کمبود ویتامین B_{12}

- مکمل‌های خوراکی به همراه ویتامین‌ها یا شیرهای تقویت شده (برای گیاه خواران مطلق)
- تزریق داخل عضلانی ویتامین B_{12} برای نقص در جذب یا عدم وجود فاکتور داخلی
- پیشگیری از عود به وسیله درمان با ویتامین B_{12} در تمام طول عمر برای بیمارانی که آنمی پرنیشز یا سوء جذب علاج‌ناپذیر دارند.

درمان طبی: کمبود اسیدفولیک

- مصرف غذاهای مقوی و 1mg اسیدفولیک به‌صورت روزانه
- تزریق داخل عضلانی اسیدفولیک در سندرم‌های سوء جذب
- فولیک‌اسید خوراکی باید به‌صورت قرص مجزا مصرف شود (به جز ویتامین‌های دوره نوزادی)
- مصرف اسیدفولیک هنگامی که سطح هموگلوبین به حد طبیعی رسید قطع می‌شود به استثنای الکلی‌ها که باید مصرف آن را تا زمانی که الکل مصرف می‌کنند ادامه دهند.

تدابیر پرستاری

به‌منظور اطلاعات بیشتر به اقدامات پرستاری در مبحث کم خونی مراجعه کنید.

- بیماران در معرض خطر آنمی مگالوبلاستیک را از نظر علائم بالینی بررسی کنید (برای مثال پوست، صلبیه و غشاء مخاطی را از نظر زردی بررسی کنید، به وتیلیگو یا خاکستری شدن زودرس موها یا زبان قرمز و صاف و دردناک توجه کنید).
- وضعیت نورولوژیک را به دقت بررسی کنید (برای مثال: به طرز راه رفتن و تعادل توجه کنید؛ حس ارتعاش و وضعیت را ارزیابی کنید).
- نیاز برای وسایل کمکی را بررسی کنید (برای مثال: عصا، واکر) و نیاز برای حمایت و راهنمایی در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی و محیط خانه را بررسی کنید.
- هنگامی که حس وضعیت، هماهنگی و طرز راه رفتن تحت تأثیر قرار گرفته

باشند اقدامات محافظتی را به کار گیرید.
- در صورت نیاز بیمار را به یک فیزیوتراپ یا کار درمان ارجاع دهید.
- هنگامی که حس‌ها دچار اختلال شد به بیمار آموزش دهید تا از گرما و سرمای شدید اجتناب کند.
- به بیمار آموزش دهید غذاهای نرم و سبک، به مقدار کم و به دفعات زیاد مصرف کند.
- به بیمار توضیح دهید که کمبودهای تغذیه‌ای دیگر همانند آنمی ناشی از الکل می‌توانند مشکلات نورولوژیکی ایجاد کند.
- به بیمار آموزش دهید که برای تست شیلینگ باید تمام ادرار خود را جمع‌آوری کند. همچنین اهمیت تست و انجام دادن جمع‌آوری ادرار را توضیح دهید.
- به بیمار در مورد مزمن بودن اختلال و نیاز برای تزریق ماهیانهٔ ویتامین B_{12} با وجود اینکه بیمار هیچ علائمی نداشته باشد آموزش دهید. در صورت نیاز چگونگی تزریق به خود را به بیمار آموزش دهید.
- بر اهمیت پیگیری طبی و غربالگری تأکید کنید زیرا آتروفی معده که همراه با آنمی پرنیشز وجود دارد خطر کارسینومای معده را افزایش می‌دهد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Anemia, Sickle Cell

آنمی، سلول داسی شکل

آنمی سلول داسی شکل یک آنمی همولیتیک شدید است که در نتیجه به ارث بردن ژن هموگلوبین داسی است. این ژن باعث نقص ملکول هموگلوبین می‌شود.

پاتوفیزیولوژی

ملکول هموگلوبین معیوب هنگامی که با فشار اکسیژن پایین مواجه می‌شود، شکل داس به خود می‌گیرد. این گلبولهای قرمز دراز و سخت در عروق کوچک گیر می‌کنند و می‌توانند باعث انسداد جریان خون به بافت بدن شوند و باعث

ایسکمی و احتمالاً نکروز بافتی (بحران داسی شدن) شوند. ژن HbS از طریق افراد دارای صفت هتروزیگوت (فرد ناقل دارای یک ژن غیرطبیعی) و افراد مبتلا به بیماری داسی‌شکل (دارندگان دو ژن غیرطبیعی) منتقل می‌شود. گلبول‌های قرمز داسی‌شکل دوره زندگی کوتاهی دارند که منجر به آنمی می‌شود. بیماری سلول داسی شکل به‌طور عمده در افراد نژاد آفریقایی یافت می‌شود و در افراد کشورهای مدیترانه، خاورمیانه یا قبایل بومی هند کمتر شایع است.

تظاهرات بالینی

علائم و عوارض در نتیجه همولیز مزمن یا ترومبوز می‌باشد.

- آنمی، با میزان هموگلوبین g/dl ۱۰-۷.
- زردی یک مشخصه اصلی است که معمولاً در صلبیه واضح و معلوم است.
- مغزاستخوان در بچه‌ها افزایش می‌یابد که گاهی باعث بزرگی استخوان‌های صورت و جمجمه می‌شود.
- تاکیکاردی، سوفل قلبی و اغلب بزرگی قلب همراه با آنمی مزمن وجود دارد.
- اختلال ریتم قلب و اختلال قلبی ممکن است در بزرگسالان ایجاد شود.
- درد شدید در قسمت‌های مختلف بدن وجود دارد. همه بافت‌ها و ارگان‌های بدن در هر زمانی آسیب‌پذیر و مستعد آسیب هیپوکسی یا نکروز ناشی از ایسکمی می‌باشند.
- بحران سلول داسی شکل: بحران دردناک، بحران آپلاستیک، یا بحران تجزیه[1].
- سندرم قفسهٔ سینهٔ حاد: کاهش سریع سطح هموگلوبین، تاکیکاردی، تب و انفیلتراسیون دو طرفه در رادیوگرافی قفسهٔ‌سینه مشاهده می‌شود.

بررسی و یافته‌های تشخیصی

- سطح هموگلوبین و هماتوکریت، اسمیر خون (معمولاً طبیعی است).
- تشخیص با الکتروفورز هموگلوبین تأیید می‌شود.
- کانونی شدن الکتروفورزی (پروتئین‌ها)، تکنیک‌های کروماتوگرافی مایع با

1- Sequestration

عملکرد بالا.

- بیمار خواه ویژگی داسی شکل شدن را داشته باشد یا آنمی سلول داسی شکل، داسی شدن اتفاق می‌افتد؛ فقط الکتروفورز تفاوت این دو را نشان می‌دهد.

درمان طبی

- داروهای ضددداسی شدن زیادی تحت بررسی قرار دارند؛ هیدروکسی اوره در درمان مؤثر بوده است (تولید هموگلوبین جنینی را افزایش می‌دهد).
- پیوند مغزاستخوان درمان بالقوه می‌باشد اما استفاده از آن به خاطر کمبود پیوند دهنده یا آسیب بافتی محدود است.
- ترانسفوزیون مزمن گلبولهای قرمز برای کم کردن آنمی، پیشگیری از عوارض یا افزایش پاسخ به عفونت انجام می‌شود.
- عملکرد ریوی پایش می‌شود و هیپرتانسیون ریوی اگر وجود داشت هر چه زودتر درمان می‌شود. عفونت‌ها و سندرم قفسهٔ سینهٔ حاد که فرد را مستعد بحران می‌سازند هر چه سریع‌تر درمان می‌شوند. اسپیرومتری تشویقی برای پیشگیری از عوارض ریوی اجرا می‌شود. برونکوسکوپی به‌منظور تشخیص منبع بیماری ریوی انجام می‌شود.
- محدودیت مایعات ممکن است مفید باشد. کورتیکوستروئیدها ممکن است سودمند باشند.
- اسیدفولیک به‌طور روزانه برای نیازمندی‌های افزایش یافته مغزاستخوان تجویز می‌شود.
- مراقبت‌های حمایتی شامل درمان درد (آسپیرین یا ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی، مورفین و دردزدایی تحت کنترل خود بیمار)، هیدراتاسیون خوراکی یا وریدی، درمان با چلات‌شدن[1]، اکسیژن حمایتی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، مداخلات شناختی یا رفتاری و گروه‌های حمایتی می‌باشند. در صورت امکان بیمار با استفاده از کورتیکوستروئیدها (پردنیزون)، ایمونوگلوبولین‌های وریدی (IVIG، گاماگارد، ساندوگلوبولین، ونوگلوبولین)، و اریتوپویتین (اپوژن، پروکریت) حمایت می‌شود.

1- Chelation Therapy

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به آنمی داسی‌شکل

به‌منظور اطلاعات بیشتر به اقدامات پرستاری در مبحث آنمی مراجعه کنید.

بررسی

- از بیمار دچار بحران درباره فاکتورهایی که می‌توانند باعث تسریع بحران شوند و اقداماتی که برای پیشگیری از بحران استفاده می‌شود سؤال کنید.
- تمام سیستم‌های بدن را با تأکید ویژه روی درد (معیار صفر تا ۱۰، کیفیت و تکرار درد)، تورم، تب (تمام مناطق مفصلی و شکم) بررسی کنید.
- علائم هیپوکسی مغزی را با ارزیابی دقیق نورولوژیکی مشخص کنید.
- با دقت سیستم تنفسی شامل صداهای تنفسی و سطح اشباع اکسیژنی را بررسی کنید.
- علائم نارسایی قلبی (ادم، افزایش نقطه حداکثر ضربان قلب، و بزرگی قلب) را توسط رادیوگرافی بررسی کنید.
- علائم دهیدراتاسیون و تاریخچهٔ مصرف مایعات را بررسی کنید؛ غشاءهای مخاطی، تورگور پوست، برون ده ادراری، کراتینین سرم و میزان BUN را ارزیابی کنید.
- تاریخچه فعلی و گذشته درمان‌های طبی به ویژه ترانسفوزیون مزمن، استفاده از هیدروکسی اوره و درمان قبلی برای عفونت را بررسی کنید.
- علائم هر نوع فرآیند عفونی را بررسی کنید (قفسه سینه و استخوان‌های دراز و سر استخوان فمور را بررسی کنید زیرا پنومونی و استئومیلیت شایع هستند).
- هموگلوبین، هماتوکریت و تعداد رتیکولوسیت را پایش کنید و با مقادیر پایه مقایسه کنید.
- در مورد تاریخچه مصرف الکل بحث کنید.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- درد در رابطه با هیپوکسی بافتی در نتیجه‌گیر افتادن سلول‌های داسی شکل

در عروق کوچک.
- خطر عفونت.
- ضعف در رابطه با درماندگی ناشی از بیماری.
- کمبود آگاهی در رابطه با پیشگیری از بحران.

مشکلات همراه/عوارض احتمالی
- هیپوکسی، ایسکمی، عفونت و بهبودی ضعیف زخم منجر به تخریب و زخم پوست می‌شوند.
- دهیدراتاسیون.
- حوادث عروق مغزی (سکته).
- اختلال عملکرد کلیوی
- نارسایی قلبی، هیپرتانسیون ریوی و سندرم قفسهٔ سینهٔ حاد.
- ناتوانی جنسی.

برنامه‌ریزی و اهداف
اهداف عمده شامل تسکین درد، کاهش بروز بحران، افزایش حس احترام به خود و افزایش قدرت و عدم وجود عوارض می‌باشد.

مداخلات پرستاری
درمان درد
- با استفاده از توصیفات ذهنی بیمار از درد و میزان درد براساس معیار درد، از ضددردهای مناسب استفاده کنید.
- هر مفصلی که به‌طور حاد متورم می‌شود را حمایت کنید و در سطح بالایی قرار دهید تا اینکه تورم کاهش یابد.
- برای تخفیف درد به بیمار تکنیک‌های آرام سازی، ورزش‌های تنفسی و انحراف فکر را آموزش دهید.
- هنگامی که وقایع دردناک حاد کم شدند، اقدامات تهاجمی برای حفظ عملکرد انجام دهید (برای مثال درمان فیزیکی، حمام جکوزی، و تحریک عصب از طریق پوست).

پیشگیری و درمان عفونت

- بیمار را از نظر علائم و نشانه‌های عفونت پایش کنید.
- آنتی‌بیوتیک‌های تجویز شده را هر چه سریع‌تر شروع کنید.
- بیمار را از نظر علائم دهیدراتاسیون بررسی کنید.
- به بیمار آموزش دهید تا آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی تجویز شده را در منزل مصرف کند و بر نیاز به تکمیل کردن دوره کامل درمان آنتی‌بیوتیکی تأکید کنید. به بیمار کمک کنید تا یک جدول زمان‌بندی عملی برای مصرف داروها تدوین کند.

ارتقای مهارت‌های سازگاری

- به‌منظور ارتقای رابطه درمانی بر پایه اعتماد متقابل، درمان درد را بهتر انجام دهید.
- به‌منظور افزایش مهارت‌های سازگاری مؤثر به جای کمبودهای بیمار روی توانمندی‌های او تمرکز کنید.
- به‌منظور افزایش احساس کنترل فرصت‌هایی برای بیمار تدارک بینید تا او درباره مراقبت روزانه‌اش تصمیم بگیرد.

افزایش دانش

- به بیمار در مورد وضعیت‌هایی که می‌توانند بحران سلول داسی شکل را تسریع کنند و مراحلی که باید برای پیشگیری یا کاهش چنین بحران‌هایی در نظر گرفت آموزش دهید (برای مثال: گرم نگهداشتن خود، حفظ هیدراتاسیون بدن، اجتناب از موقعیت‌های استرس‌زا).
- یک گروه آموزشی ترتیب دهید، هنگامی که امکان داشت آن را توسط اعضاء جامعه‌ای که با بیمار مشابهت قومی و نژادی دارند انجام دهید.

ارتقای مراقبت از خود

اقدامات درمانی برای اکثر عوارض بالقوه در بخش‌های قبلی شرح داده شد؛ اقدامات اضافی باید برای مباحث زیر در نظر گرفته شود.

زخم‌های پا

- پاها را از ضربه، آسیب و آلودگی محافظت کنید.

- از تکنیک‌های استریل دقیق جهت پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی استفاده کنید.

پریاپیسم و ناتوانی جنسی ناشی از آن

- به بیمار آموزش دهید تا در شروع حمله مثانه خود را خالی کند، ورزش کند و سپس دوش آب گرم بگیرد.
- بیمار را آگاه کنید که اگر حمله بیش از ۳ ساعت طول کشید لازم است به مراکز بهداشتی یا پزشک مراجعه کند.

درد مزمن

- بر اهمیت انجام دادن برنامهٔ درمانی تجویز شده تأکید کنید.
- یک نگرش غیرقضاوتی داشته باشید و به طور فعال بیمار را در ایجاد برنامهٔ درمان درگیر و راه کارهای مفید را گسترش دهید.
- از طریق درمان درد حاد در طول وقایع بحران اعتماد بیمار را افزایش دهید.
- به بیمار پیشنهاد کنید که دریافت مراقبت از یک مراقب واحد در طول زمان بسیار سودمندتر از دریافت مراقبت از پزشکان و پرسنل متعدد در یک بخش اورژانس می‌باشد.
- هنگامی که بحران ایجاد شد، کارکنان بخش اورژانس باید با تأمین کننده اصلی مراقبت بهداشتی بیمار برای درمان مطلوب تماس بگیرند.
- تداوم مراقبت را ارتقای دهید و قرارداد کتبی با بیمار ببندید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- با تشریح عوارض، بیمار و خانواده را در آموزش درباره بیماری، درمان، بررسی و پایش درگیر کنید. همچنین درباره روش موفقیت دردزدایی تحت کنترل بیمار (PCA) و درمان از راه چلات‌شدن آموزش دهید.
- به ارائه‌کنندگان مراقبت بهداشتی، بیماران و خانواده توصیه کنید به‌طور مرتب با همدیگر ارتباط داشته باشند.
- راهنمایی درباره استفاده از مراقبت اورژانس تهیه کنید.

ارزشیابی

نتایج مورد انتظار در بیمار

- کنترل درد را گزارش می‌کند.
- هیچ عفونتی رخ نمی‌دهد.
- افزایش حس کنترل را بیان می‌کند.
- اطلاعات در مورد فرآیند بیماری زیاد می‌شود.
- عدم وجود عوارض بیماری را تجربه می‌کند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Aneurysm, Aortic

آنوریسم، آئورت

آنوریسم کیسه‌ای شدن موضعی یا اتساع یک شریان است که در نقاط ضعیف دیواره عروق ایجاد می‌شود. شایع‌ترین علّت آن آترواسکلروز است. ساکولار (کیسه‌ای) و فوزی‌فرم شایعترین اشکال آنوریسم هستند. در آنوریسم کیسه‌ای فقط از یک طرف رگ برآمدگی ایجاد می‌شود؛ در آنوریسم فوزی‌فرم اتساع کل قسمتی از شریان ایجاد می‌شود. آنوریسم‌های قارچی[1] آنوریسم‌های کوچک در نتیجهٔ عفونت‌های موضعی هستند. آنوریسم‌های آئورت معمولاً به‌صورت سینه‌ای، شکمی یا شکافنده[2] تقسیم‌بندی می‌شوند. علت‌های دیگر شامل ضربه به دیواره شریان، عفونت (چرکدار یا سیفیلیس)، و نقص‌های مادرزادی دیواره شریان هستند. مردان بیشتر از زنان تحت تأثیر قرار می‌گیرند. پارگی می‌تواند منجر به خونریزی و مرگ شود.

آنوریسم‌های آئورتی سینه‌ای اغلب در مردان بین سنین ۴۰ تا ۷۰ سال ایجاد می‌شوند. منطقه سینه شایع‌ترین محل برای ایجاد آنوریسم تشریحی است. در حدود یک سوم از بیماران در نتیجه پارگی می‌میرند.

1- Mycotic 2- Dissecting

ملاحظات سالمندی

آنوریسم‌های آئورتی شکمی در سنین ۶۰ و ۹۰ سال شایع‌تر هستند. عوامل خطرزا شامل استعداد ژنتیکی، سیگار کشیدن و هیپرتانسیون هستند. اگر عوارض جراحی خطر مرگ داشته باشد، ترمیم ممکن است تا زمان به‌پهنای ۵/۵ سانتی‌متری رسیدن به تأخیر افتد.

آنوریسم شکافنده آئورت بوسیله پارگی در لایه انتیمای عروق ایجاد می‌شود و منجر به جدا شدن لایه‌های عروق توسط خون می‌شود. آن اغلب همراه با هیپرتانسیون‌هایی که به‌طور ضعیف کنترل می‌شوند دیده می‌شود و در مردان بین سنین ۵۰ تا ۷۰ سال سه بار شایع‌تر است. تشخیص سریع مشکل است چون بیماری چهره‌ی بالینی متعددی دارد.

تظاهرات بالینی

علائم متغیر هستند و بستگی دارد که آنوریسم با چه سرعتی اتساع یابد و ساختمان‌های مجاور داخل قفسه سینه را تحت تأثیر قرار دهد.

آنوریسم آئورتی سینه‌ای

بعضی موارد علائم بالینی ایجاد نمی‌کنند.

- درد ثابت، مداوم و ناراحت کننده که ممکن است فقط هنگامی که به پشت دراز کشیده‌اید ایجاد شود (علامت اصلی و مهم).
- تنگی نفس، سرفه (حمله‌ای و گوش‌خراش)، یا خُرخُر[1].
- گرفتگی صدا، صدای ضعیف یا آفونی (قطع کامل صدا).
- سختی در بلع (دیسفاژی).
- وریدهای سطحی متسع در قفسهٔ سینه، گردن یا بازوها.
- مناطق ادمی در قفسهٔ سینه.
- سیانوز.
- مردمک‌های نامساوی.

1- Stridor

آنوریسم آئورتی شکمی

- بیماران از «ضربان قلب» در شکم به هنگام خوابیدن شاکی هستند یا توده‌ای یا تپیدن در شکم را احساس می‌کنند.
- احتمالاً «سندرم انگشت پای آبی[1]» (انسداد عروق انگشت)، اگر آنوریسم همراه با ترومبوز باشد.
- درد شدید در پشت یا درد شکم علامت پارگی قریب‌الوقوع می‌باشد.

آنوریسم شکافنده

- شروع ناگهانی به همراه درد شدید و مداوم که به‌صورت پاره شدن و ترکیدن در دیوارهٔ جلویی قفسهٔ سینه یا پشت توصیف می‌شود که به شانه‌ها، ناحیهٔ اپی‌گاستر یا شکم (ممکن است با سکتهٔ قلبی حاد اشتباه شود) گسترش می‌یابد.
- رنگ پریدگی، تعریق و تاکیکاردی.
- فشار خون بالا می‌رود یا به‌طور عمده از بازویی به بازویی دیگر متفاوت است.
- مرگ معمولاً به علت پارگی خارجی هماتوم ایجاد می‌شود.

بررسی و یافته‌های تشخیصی

- رادیوگرافی قفسهٔ سینه، آنژیوگرام، اکوکاردیوگرافی از طریق مری و MRI.
- سونوگرافی یا اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT) برای تعیین اندازه، طول و موضع آنوریسم.
- در آنوریسم آئورتی شکمی یک توده ضربان‌دار در قسمت میانی یا بالایی شکم؛ یک سوفل سیستولی ممکن است بر روی توده شنیده شود.

درمان طبی

درمان طبی یا جراحی وابسته به نوع آنوریسم است. برای آنوریسم پاره شده پیش آگهی ضعیف است و جراحی بلافاصله انجام می‌شود. هنگامی که جراحی به تأخیر بیافتد اقدامات طبی عبارتند از:

- کنترل دقیق فشار خون و کاهش در جریان ضربانی.

1- Blue toe syndrome

- فشار سیستولیک توسط داروهای ضدفشار خون همانند نیتروپروساید در حد ۱۰۰–۱۲۰ mmHg نگه داشته می‌شود.
- جریان نبض توسط داروهایی که قدرت انقباضی قلب را کم می‌کنند همانند پروپرانولول کاهش داده می‌شود.

درمان جراحی

هدف از جراحی برداشتن آنوریسم و اصلاح اتصال عروقی توسط پیوند (برش و پیوند انحرافی یا پیوند داخل رگی) است که درمان انتخابی برای آنوریسم‌های آئورتی شکمی با قطر بزرگ‌تر از ۵/۵cm یا آن‌هایی که در حال بزرگ شدن هستند. پایش و مراقبت ویژه در بخش مراقبت ویژه لازم است.

مراقبت پرستاری

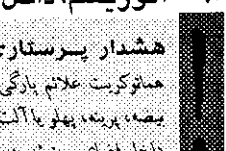
برای اطلاعات بیشتر به مبحث اقدامات پرستاری قبل و بعد از عمل مراجعه کنید.

بررسی قبل از عمل

- بررسی بر پایه این حقیقت که آنوریسم ممکن است پاره شود انجام می‌شود (علائم پارگی شامل درد ثابت یا متناوب در شکم یا پشت که ممکن است در قسمت پایین یا وسط شکم یا پایین پشت متمرکز شود).
- ظرفیت عملکردی تمام سیستم‌های بدن را تثبیت کنید. احتمال اختلال مغزی، قلبی ـ عروقی، ریوی و کلیوی در نتیجهٔ آترواسکلروز را مد نظر قرار دهید.
- درمان‌های طبی را برای تثبیت حال بیمار اجرا کنید.

بررسی بعد از عمل

- به‌طور دقیق سیستم‌های ریوی، قلبی ـ عروقی، کلیوی و نورولوژیکی را پایش و کنترل کنید.
- بیمار را از نظر عوارض پایش کنید. انسداد شریانی، خون‌ریزی، عفونت، ایسکمی روده، اختلال کلیوی و ناتوانی جنسی.
- جدول زمان بندی ورزش برای بیمار بعد از مرحله بهبودی حاد تنظیم کنید.
- به بیمار توصیه کنید که از نشستن طولانی اجتناب کند.



هشدار پرستاری: درد شایع و شدید پشت، افت فشارخون و کاهش هماتوکریت علائم بارزی آنوریسم آئورتی شکمی هستند. هماتوم دو طرفی کبد بیضه، پریتونه، پهلو یا آلت تناسلی نشان‌دهنده پارگی در پشت پریتوئن است. پارگی در داخل فضای پریتوئن به سرعت کشنده است.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۱، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Aneurysm, Intracranial

آنوریسم، داخل جمجمه‌ای

آنوریسم داخل جمجمه‌ای (مغزی) اتساع دیواره‌های عروق مغزی است که در نتیجه ضعف در دیواره عروق ایجاد می‌شود. علت آن ناشناخته است اما ممکن است در نتیجهٔ آترواسکلروز، نقص‌های مادرزادی دیواره عروقی، بیماری هیپرتانسیون عروقی، ضربه به سر یا افزایش سن باشد. شایع‌ترین مناطقی که درگیر می‌شوند شامل کاروتید داخلی، سرخرگ مغزی قدامی یا خلفی، سرخرگ ارتباط‌دهنده قدامی یا خلفی و سرخرگ‌های میانی مغز هستند. علائم هنگامی ایجاد می‌شوند که آنوریسم بزرگ شود و به اعصاب مغزی مجاور یا بافت مغز فشار وارد کند یا پاره شود که موجب خونریزی زیرعنکبوتیه می‌شود. پیش‌آگهی به سن و شرایط نورولوژیکی بیمار، بیماری‌های همراه و وسعت و محل آنوریسم بستگی دارد.

تظاهرات بالینی

- پارگی آنوریسم باعث سردرد ناگهانی و معمولاً شدید؛ اغلب بیهوشی برای دوره‌های متغیر، درد و سفتی پشت گردن و طناب نخاعی و اختلالات بینایی (کاهش بینایی، دو بینی، افتادگی پلک) می‌شود. همچنین وزوزگوش، سرگیجه و فلج نیمی از بدن ممکن است ایجاد شود.
- اگر خون از آنوریسم نشت کند و تشکیل لخته بدهد بیمار ممکن است اختلال نورولوژیکی اندکی نشان دهد یا ممکن است خونریزی شدید باشد که منجر به آسیب مغزی و سپس به سرعت به مرحله کوما و مرگ پیشرفت می‌کند.

بررسی و روش‌های تشخیص

- اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT)، آنژیوگرافی مغزی و کشیدن مایع مغزی نخاعی (LP) روش‌های تشخیصی هستند که برای تأیید آنوریسم مورد استفاده قرار می‌گیرند.
- بعد از اینکه یک آنوریسم خونریزی داد سیستم طبقه‌بندی درجه بالینی Hunt-Hess، راهنمایی برای تشخیص شدت خونریزی تحت عنکبوتیه است.

درمان طبی

- اجازه دهید مغز از حمله اولیه (خونریزی) بهبود یابد.
- خطر خونریزی مجدد را کم کنید یا از آن پیشگیری کنید.
- عوارض دیگر را درمان یا پیشگیری کنید: خونریزی مجدد، اسپاسم عروقی مغزی، هیدروسفالی حاد و تشنج.
- استراحت در تخت را توسط خواب‌آورها و آرام بخش‌ها به منظور پیشگیری از اضطراب و استرس فراهم کنید.
- جریان خون مغزی و اکسیژناسیون را حفظ کنید؛ سطح هموگلوبین و هماتوکریت و هیدراتاسیون کافی را حفظ کنید. از افزایش یا کاهش بیش از حد فشار خون اجتناب کنید.
- اسپاسم عروقی را توسط بلوک کننده‌های کانال کلسیم همانند نیمودیپین (نیموتوپ)، وراپامیل (ایزوپتین) و نیفدیپین (پروکاردیا) درمان کنید. تکنیک‌های داخل عروقی همچنین ممکن است استفاده شود.
- درمان جراحی (انحراف شریانی) یا درمان طبی برای پیشگیری از خونریزی مجدد را تدارک ببینید.
- فشار داخل مغزی افزایش یافته را توسط درناژ مایع مغزی نخاعی از طریق LP یا کاتتر داخل بطنی درمان کنید.
- برای کاهش فشار داخل مغزی مانیتول تجویز کنید و علایم دهیدراتاسیون و افزایش برگشتی فشار داخل مغزی را پایش کنید.
- اگر جراحی به تأخیر افتاد یا منع استفاده داشت داروهای آنتی‌فیبرینولیتیک برای به تأخیر انداختن یا پیشگیری از حل شدن لخته تجویز کنید.
- هیپرتانسیون سیستمیک را با استفاده از داروهای ضدفشار خون، کنترل

فشار خون با استفاده از کاتتر سرخرگی داخل عروقی؛ درمان ضدتشنج به‌صورت پروفیلاکسی؛ نرم کننده‌های مدفوع جهت پیشگیری از زورزدن و افزایش فشار خون؛ مسکن برای درمان درد پشت و گردن؛ و پیشگیری از ترومبوز وریدهای عمقی با استفاده از جوراب‌های الاستیک امکان‌پذیر کنید.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به آنوریسم داخل‌جمجمه‌ای

بررسی

- ارزیابی کامل نورولوژیکی انجام دهید: سطح هوشیاری، واکنش مردمک‌ها (کندی)، عملکرد حرکتی و حسی، نقص‌های اعصاب مغزی (حرکت چشم‌ها به طرف خارج، افتادگی صورت و افتادگی پلک)، مشکلات گفتاری، اختلالات بینایی یا سردرد و سفتی پشت گردن یا دیگر نقص‌های نورولوژیکی.
- یافته‌های بررسی نورولوژیکی را ثبت و گزارش کنید و بیمار را دوباره بررسی و هرگونه تغییر در شرایط بیمار را گزارش کنید.
- تغییرات را به‌طور دقیق تعیین کنید (اولین علامت بدتر شدن حال بیمار شامل خواب آلودگی خفیف و اشکال تکلم بیمار است).

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- اختلال خون‌رسانی مغزی در نتیجه خون‌ریزی از آنوریسم.
- تغییرات حسی ـ درکی در نتیجه محدودیت احتیاطات تحت عنکبوتیه.
- اضطراب در نتیجه بیماری یا محدودیت احتیاطات آنوریسم.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- تشنج
- اسپاسم عروقی
- هیدروسفالی

- خون‌ریزی مجدد آنوریسم
- هیپوناترمی

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف شامل افزایش خون‌رسانی بافت مغز، تخفیف محرومیت حسی و درکی، تسکین اضطراب و عدم وجود عوارض هستند.

مداخلات پرستاری

افزایش خون‌رسانی بافت مغز

- به‌طور دقیق بدتر شدن وضعیف بیمار را پایش کنید و جریان نورولوژیکی را ثبت کنید.
- فشار خون، نبض، سطح پاسخ دهی، پاسخ مردمک‌ها و عملکرد حرکتی را هر ساعت بررسی کنید؛ وضعیت تنفسی را پایش کنید و تغییرات را بلافاصله گزارش دهید.
- احتیاطات تحت عنکبوتیه را اجرا کنید (استراحت سریع و مطلق در یک محل ساکت و بدون استرس؛ محدودیت ملاقات کننده به استثنای اعضای خانواده).
- سر تخت را ۱۵ تا ۳۰ درجه یا هر چند درجه که دستور داده شده است بالا ببرید.
- از فعالیت‌هایی که به‌طور ناگهانی باعث افزایش فشار خون یا انسداد بازگشت وریدی می‌شود اجتناب کنید (برای مثال: مانور والسالوا؛ به بیمار آموزش دهید تا در طول دفع ادرار یا مدفوع برای کاهش فشار بازدم انجام دهد)، کافئین را حذف کنید، همه مراقبت‌های شخصی را اجرا کنید و محرک‌های خارجی را کاهش دهید.
- جوراب‌های الاستیک فشاری یا چکمه‌های فشاری دائمی به کار ببرید. پاها را از نظر علائم و نشانه‌های ترومبوز وریدهای عمقی مشاهده کنید (حساسیت، تورم، گرمی و مثبت شدن علامت هومان).

تخفیف محرومیت حسی

- تحریکات حسی را به حداقل برسانید.

● برای کمک به کاهش حس انزوای بیمار علت محدودیت‌ها را توضیح دهید.

تسکین اضطراب

● بیمار را از برنامه مراقبت آگاه کنید.
● حمایت و اطمینان مناسب از بیمار و خانواده او به عمل آورید.
● تشخیص موقعیت واقعی (نسبت به زمان، مکان و شخص) برای بیمار فراهم کنید.

پایش و درمان عوارض احتمالی

● احتیاطات تشنج را به عمل آورید. همچنین اگر تشنج اتفاق افتاد حمایت از راه هوایی و پیشگیری از آسیب را انجام دهید. داروهای ضدتشنج و مایعات تجویز شده را اجرا کنید (فنی‌توئین [دیلانتین] داروی انتخابی است).
● علائم احتمالی اسپاسم عروقی که ممکن است چندین روز بعد از جراحی یا شروع درمان ایجاد شود (سردرد تشدید شده، کاهش سطح پاسخ‌دهی، یا شواهدی از آفازی یا فلج نسبی) را بررسی و بلافاصله گزارش دهید. همچنین بلوک کننده‌های کانال کلسیم یا افزایش دهنده حجم خون را در صورت تجویز اجرا کنید.
● شروع علائم هیدروسفالی را پایش کنید که ممکن است حاد (۲۴ ساعت اول بعد از خون‌ریزی) تحت حاد (روز بعد) یا تأخیری (چندین هفته بعد) باشد. علائم را هر چه سریع‌تر گزارش کنید. هیدروسفالی حاد به وسیله کوما یا منگی[1] ناگهانی مشخص می‌شود؛ هیدروسفالی تحت حاد و تأخیری به وسیله شروع تدریجی خواب آلودگی، تغییرات رفتاری، و راه رفتن نامتعادل مشخص می‌شوند.
● علائم خون‌ریزی مجدد آنوریسم را پایش و گزارش دهید. خونریزی مجدد اغلب در دو هفته اول رخ می‌دهد. علائم شامل سردرد شدید و ناگهانی، تهوع، استفراغ، کاهش سطح هوشیاری و نقص‌های نورولوژیکی است. داروهای تجویزشده برای حفظ فشارخون و داروهای آنتی‌فیبرینولیتیک را

1- Stupor

برای به تأخیر انداختن حل شدن لخته اجرا کنید.

- هیپوناترمی: مقادیر آزمایشگاهی را کنترل کنید، زیرا هیپوناترمی (کاهش سطح سدیم سرم کمتر از ۱۳۵ میلی‌اکی‌والان در لیتر) اغلب موارد ۱۰ تا ۴۰ درصد بیماران را مبتلا می‌کند. تداوم کاهش سطح آن تا ۲۴ ساعت را گزارش کنید، چون سندرم هورمون ضد ادراری نادرست (SIADH) یا پدیده‌ی اتلاف سدیم مغزی (کلیه نمی‌تواند سدیم را حفظ کند) ممکن است اتفاق افتد.

آموزش خود مراقبتی به بیماران

به بیمار و خانواده او اطلاعات لازم را جهت افزایش همکاری در مراقبت و محدودیت فعالیت مورد نیاز بدهید و آن‌ها را برای بازگشت بیمار به منزل آماده کنید. علت حمله خون‌ریزی، نتایج احتمالی آن و درمان‌های طبی یا جراحی که اجرا می‌شوند را شناسایی کنید. در مورد اهمیت اقدامات جهت پیشگیری و تعیین عوارض بحث کنید (برای مثال احتیاطات آنوریسم، پایش دقیق بیمار). در صورت نیاز انتقال بیمار به یک واحد یا مرکز توانبخشی را تسهیل کنید.

تداوم مراقبت

- به بیمار و خانواده او در مورد پیروی از توصیه‌ها جهت پیشگیری از حملات خون‌ریزی‌دهنده بیشتر آموزش دهید و یک جدول زمان‌بندی برای پیگیری بیمار تدارک ببینید. اگر لازم شد برای مراقبت به منزل مراجعه کنید و ارتقای بهداشت و فعالیت‌های غربالگری را تشویق کنید.

ارزیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- بیمار وضعیت نورولوژیکی طبیعی نشان دهد و علائم حیاتی و الگوی تنفسی طبیعی باشد.
- بیمار درک حسی طبیعی را نشان دهد.
- سطح اضطراب بیمار کاهش یابد.

- هیپوناترمی و هیچ عوارضی وجود نداشته باشد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Angina Pectoris

آنژین صدری

آنژین صدری یک سندرم بالینی است که به وسیله حمله‌های درد یا احساس فشار در جلوی قفسه سینه مشخص می‌شود. علت آن جریان خون ناکافی کرونری است که منجر به عدم کفایت اکسیژن مورد نیاز عضله قلب می‌شود. آنژین صدری معمولاً نتیجه بیماری‌های آترواسکلروتیک قلبی است و با انسداد ulniشریان کرونری اصلی همراه است. عوامل ایجادکننده درد قلبی شامل فعالیت فیزیکی، تماس با سرما، خوردن غذای سنگین، استرس، یا هر وضعیت هیجانی است که کار عضله قلب را زیاد می‌کنند. آنژین بدون علامت با عوامل گفته شده همراه نیست و ممکن است در حال استراحت هم ایجاد شود. نوروپاتی دیابتی می‌تواند در عملکرد نورورسپتورها اختلال ایجاد کند بنابراین درک بیمار از درد، گنگ و نامشخص خواهد بود.

تظاهرات بالینی

- درد بیمار از یک احساس سوءهاضمه تا یک درد خفه‌کننده یا احساس سنگینی در قسمت فوقانی قفسه سینه تا یک درد رنج آور متغیر است. بیماران مبتلا به دیابت قندی ممکن است درد شدیدی را تجربه نکنند.
- آنژین صدری معمولاً با تشویش و نگرانی شدید و احساس مشرف به مرگ همراه است.
- درد معمولاً پشت جناغی، در عمق قفسهٔ سینه و پشت یک سوم میانی یا فوقانی استرنوم (رتروواسترنال) است.
- درد و ناراحتی معمولاً در یک جا متمرکز نمی‌شود و ممکن است به گردن، فک، شانه‌ها و قسمت داخلی فوقانی بازوها (معمولاً بازوی چپ) تیر بکشد.
- بیمار احساس فشار، انسداد یا احساس خفگی می‌کند که کیفیت ثابت و

سوراخ کننده دارد. کوتاهی تنفس، رنگ پریدگی، تعریق، سرگیجه، سبکی سر، تهوع و استفراغ ممکن است مشاهده شود (اگر به تنهایی وجود داشته باشند علائم شبیه آنژین صدری گفته می‌شوند؛ ممکن است نشانگر انفارکتوس میوکارد باشند).

- آنژین صدری همراه با احساس ضعف یا بی‌حسی در بازوها، مچ‌ها و دست‌ها می‌باشد.
- مشخصه مهم درد آنژین صدری، تسکین درد در صورت برطرف کردن علت ایجاد کننده آن یا با نیتروگلیسیرین می‌باشد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- ارزیابی علایم بالینی درد و تاریخچهٔ بیمار
- تغییرات الکتروکاردیوگرام (۱۲ لیدی)، تست ورزش، آزمایشات خون.
- اکوکاردیوگرام، اسکن هسته‌ای، یا روش‌های تهاجمی همانند کاتتریزاسیون قلبی و آنژیوگرافی عروق کرونری.

ملاحظات سالمندی

افراد سالمند که آنژین صدری را تجربه می‌کنند ممکن است به خاطر تغییرات مربوط به افزایش سن در نوروترانسمیترها درد واضح و مشخصی را نشان ندهند. در سالمندان، بیمار ممکن است احساس درد در فک داشته باشد یا ممکن است غش کند. به بیماران توصیه کنید که احساس ضعف را نشانه‌ای برای استراحت یا مصرف داروهای تجویزی در نظر بگیرند. افراد سالمند در مقایسه با افراد جوان‌تر ممکن است در مواجهه با سرما علائم آنژین صدری را خیلی سریع‌تر تجربه کنند. این بیماران را به پوشیدن لباس گرم و مناسب تشویق کنید.

درمان طبی

اهداف درمان طبی شامل کاهش نیاز به اکسیژن عضله قلب به اکسیژن و افزایش اکسیژن‌رسانی از طریق درمان‌های دارویی و کنترل عوامل خطر می‌باشد (برای اطلاعات بیشتر به بخش عوامل خطر تعدیل‌پذیر در مبحث بیماری‌های عروق کرونری مراجعه کنید).

درمان جراحی

غالباً درمان شامل ترکیبی از داروها و جراحی می‌باشد. از لحاظ جراحی اهداف درمان شامل خون‌رسانی مجدد به عضله قلب از طریق بازسازی عروق می‌باشد.

- جراحی انحرافی عروق کرونری[1] یا جراحی انحرافی عروق کرونری مستقیم با حداقل تهاجم.
- آنژیوپلاستی عروق کرونری از طریق پوست یا خون‌رسانی به عضله قلب با بازسازی عروق از طریق پوست.
- کاربرد استنت‌های داخل کرونری و آرترکتومی برای افزایش جریان خون.
- درمان با لیزر برای از بین بردن پلاک‌ها.
- اندآرترکتومی (درون سرخرگ‌برداری) عروق کرونر از طریق پوست برای رفع انسداد.

درمان دارویی

- نیترات‌ها، داروهای اصلی می‌باشند (نیتروگلیسیرین).
- بلوک کننده‌های بتا ـ آدرنرژیک (امتوپرولول [توپرول]).
- آنتاگونیست‌های یون کلسیم و بلوک کننده‌های کانال کلسیمی (آملودیپین [نورواز] و دیلتیازم [کاردیازم]).
- داروهای ضدپلاکت و ضدلخته (آسپرین، کلوپیدوگرل [پلاویکس]، تیکلوپیدین [تیکلید] یا هپارین).
- اکسیژن درمانی.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به آنژین صدری

بررسی

تمام موارد در مورد درد (محل، توصیف و شدت) و فعالیت‌های بیمار که موجب ایجاد و تشدید درد قفسه سینه (از تاریخچه بیمار) شده است را مشاهده و ثبت کنید.

1- Coronary artery bypass

تشخیص‌ها

تشخیص‌های پرستاری

- تغییر در خون‌رسانی به بافت عضله قلب ثانویه به بیماری‌های عروق کرونر که با درد قفسهٔ سینه (یا علائم معادل) مشخص می‌شود.
- اضطراب در رابطه با ترس از مرگ.
- کمبود آگاهی درباره بیماری زمینه‌ای و راه‌های پیشگیری و اجتناب از عوارض بیماری.
- اداره رژیم درمانی غیرمؤثر یا عدم رعایت آن در رابطه با عدم پذیرش تغییرات سبک زندگی لازم.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

عوارض احتمالی آنژین صدری شامل سکته قلبی و عوارض آن است که عبارتند از: ادم حاد ریوی، نارسایی قلبی، شوک قلبی، دیس‌ریتمی و ایست قلبی، پارگی قلب، افوزیون پریکارد و تامپوناد قلبی.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف ممکن است شامل تسکین درد و عود نکردن درد، کاهش اضطراب، آگاهی از ماهیت زمینه‌ای اختلال، فهمیدن مراقبت‌های تجویز شده، رعایت برنامه‌های مراقبت از خود و عدم ایجاد عوارض می‌باشد.

مداخلات پرستاری

هدف کلی از اقدامات، طرح‌ریزی یک برنامه منطقی پیش‌گیرانه با استفاده از اطلاعاتی است که در طول بررسی پرستاری جمع‌آوری شده است می‌باشد.

پیشگیری از درد

- به بیمار آموزش دهید تا علائم بیماری را بشناسد و از فعالیت‌هایی که باعث ایجاد درد می‌شوند پرهیز کنند (کادر ۱-A).
- اگر درد سینه احساس شد به بیمار کمک کنید تا تمام فعالیت‌هایش را متوقف کرده و بنشیند یا در تخت در وضعیت نیمه نشسته قرار گیرد.

- اگر بیمار به‌طور مرتب درد دارد یا درد او با حداقل فعالیت شروع می‌شود در مورد روش‌هایی جهت تناوب دوره‌های استراحت و فعالیت با بیمار بحث کنید.
- درد و علائم حیاتی را بررسی کنید، به علائم اختلال تنفسی و قطعهٔ ST در

کادر ۱ـA عواملی که باعث حمله آنژین صدری می‌شوند:

- فعالیت ناگهانی یا شدید
- تماس با سرما
- استفاده از سیگار
- پرخوری (غذای سنگین)
- وزن زیاد
- بعضی داروهای بدون نسخه همانند قرص‌های رژیم غذایی، ضداحتقان‌های بینی یا داروهایی که تعداد ضربان قلب و فشار خون را افزایش می‌دهند.

الکتروکاردیوگرام توجه کنید.

- نیتروگلیسرین (حداکثر ۳ بار) و اکسیژن را برای بیمار اجرا کنید.

تسکین اضطراب

- راجع به گرفتاری و مشکلات تشخیص برای بیمار توضیح دهید.
- اطلاعات ضروری در مورد بیماری و راه‌های پیشگیری از پیشرفت آن را به بیمار ارائه دهید. راجع به اهمیت پیروی از دستورات تجویز شده برای بیماران سرپایی در خانه توضیح دهید.
- روش‌های متفاوت کاهش استرس را برای بیمار توضیح دهید (برای مثال: موسیقی درمانی).

آموزش مراقبت از خود به بیماران

- به بیماران در مورد ماهیت زمینه‌ای بیماری آموزش دهید.
- واقعیت‌های مورد نیاز را برای سازماندهی عادات زندگی به منظور کاهش تناوب و شدت حملات آنژین، به تأخیر انداختن بیماری زمینه‌ای و برای محافظت در برابر عوارض دیگر تدارک ببینید.

- در برنامه خود مراقبتی با بیمار، خانواده او یا دوستانش همکاری کنید.
- فعالیت‌هایی را جهت کاهش حمله‌های آنژین صدری برنامه‌ریزی کنید.
- به بیمار آموزش دهید هر دردی که در عرض ۳۰ دقیقه توسط روش‌های معمول برطرف نشد باید در نزدیکترین مرکز اورژانس درمان شود.

ارزیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- بیمار گزارش می‌کند که درد سریعاً تسکین می‌یابد.
- بیمار راههای اجتناب از عوارض را درک می‌کند و چگونگی رهایی از آن‌ها را شرح می‌دهد.
- بیمار اضطراب کمی را گزارش و نشان می‌دهد.
- بیمار برنامه مراقبت از خود را انجام می‌دهد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Aortic Insufficiency (Regurgitation)

نارسایی دریچه آئورت (پس‌زدن خون)

- نارسایی دریچه آئورت اختلالی است که در آن خون در طول دیاستول از آئورت به بطن چپ جریان می‌یابد. نتیجه آن اتساع بطن چپ و بزرگی قلب می‌باشد. آن ممکن است به وسیله ضایعات التهابی که لت‌های دریچهِ آئورت را بدشکل می‌کنند ایجاد شود. این ضایعات از بسته شدن کامل سوراخ آئورت در طول دیاستول جلوگیری می‌کنند. این اختلال ممکن است در نتیجه آندوکاردیت، ناهنجاری‌های مادرزادی یا بیماری‌هایی همانند سیفلیس و آنوریسم شکافنده که باعث اتساع یا پارگی آئورت نزولی می‌شوند ایجاد شود.

تظاهرات بالینی

- به‌طور موذیانه پیشرفت می‌کند (بدون هیچ علامتی در بیشتر بیماران).
- اولین علائم: افزایش قدرت ضربان قلب یعنی نبض قابل مشاهده و قابل

لمس در شریان‌های گیجگاهی (سر) و در گردن (کاروتید) است.
- تنگی نفس در حال فعالیت و خستگی سریع.
- علائم و نشانه‌های نارسایی بطن چپ (ارتوپنه، تنگی نفس حمله‌ای شبانه).
- زیاد شدن فشار نبض.
- نبض آبدنگی[1] (نبضی که به انگشت ضربه‌های سریع و شدید وارد می‌کند و سپس به‌طور ناگهانی کم می‌شود).

بررسی و روش‌های تشخیص

الکتروکاردیوگرام، عکس‌برداری به وسیله رادیونوکلئید، MRI، اکوکاردیوگرافی، و کاتتریزاسیون قلب در تشخیص استفاده می‌شوند.

درمان طبی

- آنتی‌بیوتیک به‌طور پیشگیرانه قبل از اقدامات تهاجمی و اقدامات روی دندان استفاده می‌شود.
- نارسایی قلبی و دیس‌ریتمی‌ها درمان می‌شوند.
- درمان انتخابی تعویض دریچه آئورت است؛ جراحی در صورت وجود بزرگی بطن چپ توصیه می‌شود.
- ترمیم دریچه (کومیشوروتومی وولووپلاستی) ممکن است به جای تعویض دریچه انجام شود. در ترمیم دریچه عملکرد دریچه طولانی‌تر از تعویض دریچه است و نیازی به درمان با ضدانعقادها وجود ندارد.

اقدامات پرستاری

برای اطلاعات بیشتر به اقدامات پرستاری در مبحث مراقبت قبل و بعد از عمل مراجعه کنید.
- به بیمار در مورد مراقبت از زخم، تغذیه، فعالیت، داروها و مراقبت از خود آموزش دهید.
- به بیمار در مورد اهمیت درمان پیشگیرانه با آنتی‌بیوتیک برای پیشگیری از

1- Water-Hammer pulse

آندوکاردیت آموزش دهید.

- تمام اطلاعات جدید و توصیه‌های مراقبت از خود را به مدت ۴ تا ۸ هفته بعد از عمل تقویت کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Aortic Stenosis

تنگی آئورت

تنگی دریچه آئورت، تنگ شدن سوراخ بین بطن چپ و آئورت است. در بزرگسالان تنگی ممکن است مادرزادی، یا ممکن است در نتیجه آندوکاردیت روماتیسمی یا کلسیفیه شدن لت‌ها به علت ناشناخته باشد. تنگی پیش‌رونده دریچه آئورت در طی دوره چند ساله تا چند دهه به وجود می‌آید. ماهیچه قلبی در پاسخ به هر درجه از انسداد خود را بزرگ می‌کند (هیپرتروفی)؛ هنگامی که مکانیسم‌های جبرانی قلب شکست بخورند علائم بالینی نارسایی قلبی ایجاد می‌شود.

تظاهرات بالینی

- تنگی نفس در هنگام فعالیت.
- سرگیجه و سنکوپ (غش کردن).
- درد قفسهٔ سینه.
- احتمال کاهش فشارخون، امّا معمولاً طبیعی است.
- کاهش فشار نبض (۳۰mmHg یا کمتر).
- بررسی فیزیکی: سوفل سیستولیک، خشن و بلند در ناحیه آئورت شنیده می‌شود؛ در قاعده قلب لرزش احساس می‌شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- الکتروکاردیوگرافی (۱۲ لیدی) و اکوکاردیوگرافی.
- کاتتریزاسیون بطن چپ.

درمان طبی

برای پیشگیری از آندوکاردیت آنتی‌بیوتیک به‌صورت پیشگیرانه داده می‌شود. در صورت نیاز درمان دارویی برای نارسایی بطن چپ یا دیس ریتمی‌ها اجرا می‌شود. تعویض دریچه آئورت به وسیله جراحی قطعی‌ترین درمان است. در صورت عدم درمان اختلال منجر به نارسایی قلبی برگشت‌ناپذیر می‌شود. بیمارانی که علامت دار هستند و کاندیدای جراحی نیستند ممکن است از روش ترمیم جراحی یک یا دو بالنی از راه پوست سود ببرند.

اقدامات پرستاری

برای اطلاعات بیشتر به بخش مراقبت‌های قبل و بعد از عمل مراجعه کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Appendicietis

آپاندیسیت

آپاندیس یک زائده کوچک و انگشت مانند است که به ناحیه سکوم درست زیر دریچهٔ ایلئوسکال چسبیده است. به خاطر اینکه به‌طور ناکامل به کولون تخلیه می‌شود و مجرای آن کوچک است مستعد انسداد و عفونت (آپاندیسیت) است. آپاندیس مسدود شده ملتهب و ادماتوس می‌شود و در نهایت با چرک پر می‌شود. آپاندیسیت شایع‌ترین علت التهاب حاد در یک چهارم راست و پایین حفره شکم و شایع‌ترین علت جراحی اورژانسی شکم می‌باشد. مردان بیشتر از زنان مبتلا می‌شوند و در نوجوانان شایع‌تر از بزرگسالان است. بالاترین میزان بروز بین سنین ۱۰ تا ۳۰ سال است.

تظاهرات بالینی

- درد در قسمت یک چهارم راست و پایین شکم معمولاً به همراه درجات پایین تب، تهوع و بعضی اوقات استفراغ وجود دارد.
- حساسیت در نقطهٔ مک بورنی (در نقطه وسط بین ناف و خار قدامی ایلئوم

قرار دارد) به همراه فشار و سفتی مختصر در قسمت پایین عضله رکتوس راست وجود دارد.

- حساسیت برگشتی ممکن است وجود داشته باشد. محل آپاندیس میزان حساسیت، اسپاسم عضلات و ایجاد یبوست یا اسهال را مشخص می‌کند.
- علامت روزنیک[1] (با لمس یک چهارم پایین و چپ شکم درد در یک چهارم پایین و راست شکم ایجاد می‌شود).
- اگر آپاندیس پاره شود درد در ناحیه بیشتری ایجاد می‌شود و اتساع شکم در نتیجه ایلئوس فلجی پدید می‌آید و وضعیت بیمار بدتر می‌شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- تشخیص براساس بررسی کامل فیزیکی تست‌های آزمایشگاهی و رادیولوژی داده می‌شود.
- تعداد لوکوسیت بیشتر از $10/000/mm^3$؛ تعداد نوتروفیل بیشتر از ۷۵ درصد؛ رادیوگرافی‌های شکم، سونوگرافی و CT اسکن ممکن است کدورت یا اتساع موضعی شکم را مشخص کنند.

ملاحظات سالمندی

در سالمندان علائم و نشانه‌های آپاندیسیت ممکن است خیلی متفاوت باشد. علائم ممکن است خیلی مبهم و پیشنهاد کننده اتساع روده یا یک فرآیند دیگر باشند. بعضی از بیماران تا موقعی که آپاندیس پاره شود ممکن است هیچ علامتی نداشته باشند. میزان پارگی آپاندیس در سالمندان بیشتر است زیرا این افراد خیلی دیر به پزشک مراجعه می‌کنند.

درمان طبی

- اگر آپاندیسیت تشخیص داده شد باید در صورت امکان بلافاصله برای کاهش خطر پارگی جراحی انجام شود.
- مایعات داخل وریدی و آنتی‌بیوتیک‌ها را تا هنگامی که جراحی انجام شود

1- Rovsin's sign

اجرا کنید.

- مسکن‌ها تا موقعی که تشخیص آپاندیسیت داده نشده است نباید استفاده شوند.

عوارض برداشتن آپاندیس (آپاندکتومی)

- مهمترین عارضه احتمال پاره‌شدن آپاندیس است که می‌تواند منجر به پریتونیت یا آبسه شود.
- معمولاً پارگی در ۲۴ ساعت بعد از شروع درد رخ می‌دهد؛ علایم شامل تب (۳۷/۷°C [۱۰۰°F] یا بیشتر)، ظاهر مسمومیتی و درد ادامه‌دار یا حساسیت است).

تدابیر پرستاری

- اهداف پرستاری شامل تسکین درد، پیشگیری از کاهش حجم مایعات، کاهش اضطراب، ریشه‌کنی عفونت که در نتیجه پارگی احتمالی یا واقعی دستگاه گوارشی ایجاد شده، حفظ سلامت پوست و رسیدن به وضعیت تغذیه‌ای مطلوب می‌باشد.
- قبل از عمل، بیمار را برای جراحی آماده کنید، مایعات داخل وریدی را شروع کنید، آنتی‌بیوتیک‌ها را تجویز کنید و لوله معده‌ای بگذارید (اگر شواهدی از ایلئوس فلجی وجود داشت). هرگز انما یا مسهل به بیمار ندهید (چون می‌تواند باعث پارگی شود).
- بعد از عمل، بیمار را در وضعیت نیمه نشسته[1] قرار دهید، داروهای مسکن تجویز شده را اجرا کنید، در صورت تحمل بیمار مایعات خوراکی را شروع کنید، در روز جراحی در صورت تحمل می‌توانید به بیمار غذا بدهید. اگر بیمار قبل از جراحی کم آب بود مایعات داخل وریدی را اجرا کنید.
- اگر درنی در محل برش قرار داده شده است به دقت آن را از نظر علائم انسداد روده‌ای، خون‌ریزی ثانویه یا آبسه‌های ثانویه (مانند تب، تاکیکاردی، افزایش تعداد لکوسیت) بررسی کنید.

1- Fowler's position

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار و خانواده او نحوه مراقبت از زخم، تعویض پانسمان و شستشوی زخم را آموزش دهید.
- نیاز برای پیگیری توسط جراح را تقویت کنید.
- در مورد مراقبت از محل برش و راهنمای فعالیت با بیمار بحث کنید.
- در صورت نیاز برای کمک در مراقبت و تداوم کنترل عوارض و بهبودی زخم بیمار را به یک پرستار مراقبت در منزل ارجاع دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Arterial Embolism and Arterial Thrombosis

آمبولی سرخرگی و ترومبوز سرخرگی

آمبولی سرخرگی انسداد یک رگ است. اکثراً در نتیجه ترومبوزهایی است که در حفره‌های قلبی در نتیجه فیبریلاسیون دهلیزی، انفارکتوس میوکارد، آندوکاردیت عفونی، یا نارسایی مزمن احتقانی قلب ایجاد می‌شوند.

ترومبوز شریانی اختلالی است که یک لخته به آرامی و تدریجاً در عروق دژنره ایجاد شده و می‌تواند خودش شریان را مسدود کند. ترومبوز همچنین از محل خود کنده می‌شود و از قسمت چپ قلب وارد سیستم شریانی شده و در آنجا باعث انسداد می‌شود. اثر فوری انسداد توقف خون‌رسانی به قسمت بعد از انسداد است. اسپاسم عروقی ثانویه می‌تواند منجر به ایسکمی شود. آمبولی تمایل دارد در محل انشعاب شریان‌ها و تنگی ایجاد شده بوسیله آترواسکلروز (مغزی، مزانتریک، کلیوی و عروق کرونری) جایگزین شود. ترومبوز حاد اغلب در بیمارانی ایجاد می‌شود که قبلا علائم ایسکمیک داشته‌اند.

تظاهرات بالینی

علائم آمبولی شریانی عمدتاً به اندازه آمبولی، عضو درگیر و وضعیت عروق جانبی بستگی دارد.

- علائم معمولاً به‌صورت شش «P» توصیف می‌شوند: درد[1]، رنگ پریدگی[2]، قطع نبض[3]، بی‌حسی[4]، خونسردی[5] (سردی) و فلجی[6].
- به علت ایسکمی ایجاد شده قسمتی از اندام که زیر انسداد قرارداد سردتر و رنگ پریده‌تر از قسمت فوقانی است.

بررسی و روش‌های تشخیص

- شروع ناگهانی یا حاد علائم و منبع مشخص برای آمبولی ارزش تشخیصی دارد.
- اکوکاردیوگرافی دو بعدی، اکوکاردیوگرافی از طریق مری، رادیوگرافی سینه، ECG، سونوگرافی غیرتهاجمی داپلر و داپلکس آرتریوگرافی ممکن است مورد استفاده قرار گیرند.

درمان طبی

- در موارد انسداد حاد توسط آمبولی هپارین درمانی بلافاصله شروع می‌شود و سپس اگر اندام درگیر هنوز زنده باشد درمان جراحی انتخابی آمبولکتومی اورژانسی است.
- هنگامی که جریان خون جانبی هم تحت تأثیر قرار گرفته باشد درمان ضدانعقادی توسط هپارین وریدی اجرا می‌شود. در درمان ترومبولیتیکی داخل شریانی ممکن است عواملی نظیر استرپتوکیناز، رتپلاز، استافیلوکیناز یا اروکیناز و سایر داروها مورد استفاده قرار گیرند. موارد منع مصرف برای درمان ترومبولیتیکی شامل خونریزی داخلی، سکته، جراحی وسیع اخیر، هیپرتانسیون کنترل نشده و حاملگی می‌باشد.

اقدامات پرستاری

- برای تحریک گردش خون و پیشگیری از رکود خون، بیمار را تشویق کنید

1- Pain
2- Pallor
3- Pulselessness
4- Paresthesia
5- Poikilothermia
6- Paralysis

تا پاهای خود را حرکت دهد.

- درمان ضدانعقادی را جهت پیشگیری از ترومبوز در شریان درگیر و جهت کاهش ایجاد ترومبوزهای بعدی ادامه دهید.
- نواحی برش جراحی را به‌طور مرتب از نظر خون‌ریزی احتمالی بررسی کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۱، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Arteriosclerosis and Atherosclerosis

آرتریواسکلروز و آترواسکلروز

آرتریواسکلروز یا سخت شدن شریان‌ها شایع‌ترین بیماری شریانی است. آن یک فرآیند انتشاری است که بدان وسیله فیبرهای عضلانی و پوشش آندوتلیال دیواره شریان‌های کوچک و آرتریول‌ها سفت و سخت می‌شوند.

آترواسکلروز عمدتاً انتیمای شریان‌های بزرگ و متوسط را درگیر می‌کند. و باعث تجمع لیپیدها (آتروم) کلسیم، اجزاء خون، کربوهیدرات‌ها و بافت فیبروزی در لایه انتیمای شریان‌ها می‌شود. اگر چه فرآیند پاتولوژیکی آرتریواسکلروز و آترواسکلروز متفاوت است اما به ندرت یکی از آن‌ها بدون دیگری اتفاق می‌افتد. این دو اصطلاح به جای هم استفاده می‌شوند. شایع‌ترین نتایج مستقیم آترواسکلروز در شریان‌ها شامل باریک شدن (تنگی) مجرای عروق و انسداد توسط ترومبوز، آنوریسم، زخم شدن و پارگی می‌باشند. اگر تأمین خون و اکسیژن و مواد غذایی به‌طور شدید و دائمی قطع شود ایسکمی ایجاد می‌شود.

آترواسکلروز می‌تواند در هر جایی از بدن ایجاد شود اما در محل دو شاخه شدن و انشعاب عروق شایع‌تر است. پلاک‌های فیبروزی به‌طور غالب در آئورت شکمی، عروق کرونری، پشت زانویی و شریان کاروتید داخلی یافت می‌شوند.

عوامل خطرزا

عوامل خطرزای زیادی همراه با آترواسکلروز وجود دارند. هرچقدر تعداد عوامل خطرزا بیشتر باشد احتمال ایجاد بیماری بیشتر می‌شود.

- سیگار کشیدن (بزرگ‌ترین عامل خطر).
- مصرف زیاد چربی (عامل خطر احتمالی، همراه با سطوح بالای کلسترول و چربی).
- هیپرتانسیون.
- دیابت.
- چاقی، استرس و عدم فعالیت‌های ورزشی.

تظاهرات بالینی

علائم بالینی بستگی به بافت یا سیستم درگیر دارد: قلب (آنژین صدری یا سکته قلبی در نتیجه آترواسکلروز عروق کرونری)، مغز (حمله‌های ایسکمیک گذرا و سکته مغزی در نتیجه بیماری‌های عروق مغز)، عروق محیطی (شامل: هیپرتانسیون و علائم آنوریسم آئورت، بیماری‌های عروق کلیوی، ضایعات آترواسکلروتیک در اندام‌ها). برای جزئیات بیشتر به مبحث‌های مخصوص مراجعه کنید.

ملاحظات سالمندی

بیماری آترواسکلروتیک قلبی ـ عروقی در ۸۰ درصد جمعیت سالمند بالای ۶۵ سال یافت می‌شود و شایع‌ترین اختلال شریانی در افراد سالمند است.

درمان

درمان‌های سنتی آترواسکلروز شامل تعدیل عوامل خطر، درمان دارویی، برنامه ورزشی کنترل شده، روش‌های پیوند جراحی (اقدامات درونی و بیرونی) است و اقدامات پرستاری به بیماری بستگی دارد.

چند تکنیک رادیولوژیکی به عنوان درمان کمکی به روش‌های جراحی وجود دارد. آن‌ها شامل آرتریوگرافی، آنژیوپلاستی از طریق پوست، استنت‌ها و پیوندهای استنت و آترکتومی چرخشی هستند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۱، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

آرتریت روماتوئید (RA)

آرتریت روماتوئید یک اختلال التهابی است که عمدتاً غشاء سینوویال مفاصل را درگیر می‌کند. آرتریت روماتوئید بین سنین ۳۰ تا ۵۰ اتفاق می‌افتد و حداکثر بروز آن بین سنین ۴۰ تا ۶۰ سال می‌باشد. زنان ۲ تا ۳ بار بیشتر از مردان مبتلا می‌شوند. عقیده بر این است که آرتریت روماتوئید یک واکنش اتوایمیون به یک آنتی‌ژن ناشناخته است. محرک ممکن است ویروس یا باکتری باشد. ممکن است استعداد به بیماری وجود داشته باشد.

تظاهرات بالینی

علائم بالینی بوسیله مرحله و شدت بیماری تعیین می‌شود:

- درد مفاصل، تورم، گرمی، قرمزی و کاهش عملکرد علائم بالینی کلاسیک هستند.
- در لمس مفصل بافت اسفنجی یا نرم مشخص می‌شود.
- معمولاً از مفصل ملتهب می‌توان مایع آسپیره نمود.

الگوهای مشخص‌کننده درگیری مفصل

- با مفاصل کوچک در دست‌ها، مچ‌ها و پاها شروع می‌شود.
- به‌طور پیش‌رونده زانوها، شانه‌ها، مفصل ران، آرنج‌ها، مچ پاها، مفاصل، ستون فقرات و مفصل فک زیرین را درگیر می‌کند.
- علائم معمولاً در شروع حاد، دو طرفه و قرینه هستند.
- مفاصل ممکن است گرم، متورم و دردناک باشند؛ سفتی صبحگاهی بیش از ۳۰ دقیقه طول می‌کشد.
- تغییر شکل در دست‌ها و پاها به علت بی‌حرکتی و عدم حفظ خط راست بدن می‌تواند ایجاد شود.

علائم خارجی مفصلی

- تب، کاهش وزن، خستگی، آنمی، تغییرات حسی و بزرگی گره‌های لنفاوی.
- پدیده رینود (اسپاسم عروقی در نتیجه سرما و استرس).

- ندولهای روماتوئیدی، که بی درد و متحرک هستند؛ و دربافت زیر جلدی روی زوائد استخوانی یافت می‌شوند.
- آرتریت، نوروپاتی، اسکلریت، پریکاردیت، بزرگی طحال، و سندرم شوگرن (خشکی چشم‌ها و غشاء مخاطی).

بررسی و روش‌های تشخیص

چندین عامل در تشخیص آرتریت روماتوئید کمک می‌کنند:

- ندول‌های روماتوئید، التهاب مفاصل، یافته‌های آزمایشگاهی، تغییرات خارج مفصلی.
- فاکتور روماتوئید (RF) در بیش از ۸۰ درصد بیماران وجود دارد.
- تعداد گلبول‌های قرمز و کمپلمان C4 کاهش می‌یابد؛ میزان رسوب گلبول‌های قرمز افزایش می‌یابد.
- پروتئین واکنشی C (CRP) و آنتی‌بادی ضدهسته‌ای (ANA) ممکن است مثبت شوند.
- کشیدن مایع از مفصل و رادیوگرافی ممکن است انجام شوند.

درمان طبی

درمان با آموزش، تعادل بین استراحت و فعالیت، و ارجاع به نهادهای اجتماعی برای حمایت شروع می‌شود.

- در مراحل اولیه آرتریت روماتوئید: درمان دارویی شامل دوزهای درمانی سالیسیلات‌ها یا داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی می‌باشد که این داروها عبارتند از مهارکننده‌های جدید COX-2، ضدمالاریا، ترکیبات طلا، پنی‌سیلامین، یا سولفاسالازین. متوترکسات، تعدیل کننده‌های پاسخ بیولوژیکی و گیرنده‌های فاکتور نکروز ضدتومور (TNFR) آزمایش شده‌اند. مسکن‌ها برای دوره‌های درد شدید استفاده می‌شوند.
- آرتریت روماتوئید متوسط و فرسایشی: برنامه‌های رسمی کاردرمانی و فیزیوتراپی؛ تعدیل کننده ایمنی همانند سیکلوسپورین ممکن است به رژیم درمانی اضافه شود.
- آرتریت روماتوئید مقاوم و فرسایشی: جراحی ترمیمی و استفاده از

کورتیکواستروئیدها.

- آرتریت روماتوئید پیشرفته و مداوم: عوامل تضعیف کننده ایمنی همانند متوترکسات، سیکلوفسفامید و آزاتیوپرین استفاده می‌شود (این داروها بسیار سمی هستند و باعث سرکوب مغزاستخوان می‌شوند).
- بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید معمولاً بی‌اشتهایی، کاهش وزن و آنمی را تجربه می‌کنند که نیاز است یک تاریخچه دقیق جهت تشخیص عادات معمول غذایی و ترجیحات غذایی گرفته شود. کورتیکوستروئیدها ممکن است اشتها را تحریک کنند و باعث افزایش وزن شوند.
- داروهای ضدافسردگی (آمی‌تریپتیلین) با دوزهای پایین جهت اصلاح الگوی خواب بیماران و درمان درد استفاده می‌شوند.

فرآیند پرستاری: بیمار با آرتریت روماتوئید

بررسی

- تصویر از خود بیمار در رابطه با تغییرات سیستم اسکلتی ـ عضلانی را بررسی کنید. تعیین کنید آیا بیمار خستگی غیرعادی، ضعف، درد، سفتی صبحگاهی، تب یا بی اشتهایی را تجربه کرده است.
- وضعیت پوست، مو، گوش‌ها، دهان، قفسه سینه، شکم، ناحیه تناسلی و سیستم‌های قلبی ـ عروقی، ریوی، عصبی، کلیوی و اسکلتی ـ عضلانی را بررسی کنید.
- مفاصل بیمار را با لمس و مشاهده بررسی کنید و به مفاصل درگیر از نظر درد، تورم، و قرمزی دقت کنید.
- وضعیت حرکت مفاصل، دامنه حرکت و قدرت عضلانی را بررسی کنید.
- بر روی تشخیص مشکلات بیمار، فاکتورها، توانمندی‌ها، تجارب گذشته، پیش‌فرض‌ها و ترس‌های بیمار تمرکز کنید.

تشخیص‌ها

تشخیص‌های پرستاری

- درد در رابطه با التهاب، افزایش فعالیت بیماری، آسیب بافتی، خستگی و کاهش تحمل.

- خستگی در رابطه با افزایش فعالیت بیمار، درد، استراحت ناکافی، تغذیه ناکافی، استرس عاطفی، افسردگی.
- اختلال در حرکت فیزیکی در رابطه با ضعف عضلانی، درد هنگام حرکت، عدم استفاده یا استفاده نادرست از وسایل کمک حرکتی.
- نقص در مراقبت از خود (تغذیه، حمام، لباس پوشیدن، اجابت مزاج) در رابطه با انقباض عضلانی، خستگی یا کاهش حرکت.
- اختلال در الگوی خواب در رابطه با درد و خستگی.
- اختلال در تصویر ذهنی از بدن در رابطه با تغییرات فیزیکی و روانی و وابستگی به علت بیماری مزمن.
- سازگاری ناموثر در رابطه با سبک زندگی واقعی یا درک شده یا تغییرات نقش.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

عوارض جانبی داروها

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف بیمار ممکن است شامل تسکین درد و ناراحتی، رفع خستگی، تحرک مطلوب، حفظ مراقبت از خود، ارتقای تصویر ذهنی از خود، سطح مطلوب استقلال در فعالیت‌های روزمره زندگی، بهبود خواب، افزایش دانش بیمار درباره‌ی درمان خود، درک از خود مثبت و عدم وجود عوارض باشد.

مداخلات پرستاری

تسکین درد و ناراحتی

- برای افتراق درد از سفتی به دقت از بیمار سؤال کنید.
- بعد از اجرای داروها سطح درد را در دوره‌هایی دوباره بررسی کنید. در درد مداوم یافته‌های حاصل از بررسی را با مقدار درد پایه مقایسه کنید.
- از تکنیک‌های درمان درد فوری و کوتاه مدت استفاده کنید و به بیمار آموزش دهید (برای مثال: گرما و سرما، حمایت و حفاظت از مفصل توسط آتل و گچ، استراحت و مسکن).

- به بیمار در مورد درمان طولانی مدت درد آموزش دهید (برای مثال داروهای ضدالتهابی، برنامه‌های ورزشی برای حفظ تحرک مفصل و تکنیک‌های آرام سازی).
- هنگامی که از بیمار مراقبت می‌کنید اقدامات راحتی بیمار را انجام دهید.
- انتظارات واقعی تنظیم کنید، طوری که بیمار و نزدیکان او بفهمند که درد می‌تواند با توجه به فعالیت بیماری کنترل شود.

رفع خستگی

- به بیمار در مورد عوامل بیولوژیکی، روانی، اجتماعی و شخصی که می‌تواند باعث خستگی شود آموزش دهید.
- به بیمار در مورد چگونگی استفاده از سطح خستگی برای پایش بیماری و بر طبق آن تعادل بین فعالیت‌های فیزیکی آموزش دهید.
- بیمار را جهت استفاده از چرت زدن، خواب شبانه و آتل مفاصل برای فراهم کردن استراحت سیستم عضلانی ـ اسکلتی و مفاصل تشویق کنید.
- کارهای معمول در هنگام خواب، داروها و اقدامات راحتی بیمار ممکن است کیفیت خواب را بهبود بخشند.

افزایش تحرک

- به بیمار در مورد حمایت و نگهداری تمام مفاصل در وضعیت عملکردی مطلوب آموزش دهید: بیمار باید در تشک‌های سفت بخوابد، از تخته پا استفاده کند و فقط یک بالش زیر سر بگذارد.
- به بیمار توصیه کنید به‌منظور جلوگیری از انقباض غیرعادی مفصل ران چندین بار در روز به روی شکم بخوابد.
- به‌منظور جلوگیری از سفتی مفاصل انجام ورزش‌های فعال دامنه حرکتی را تشویق کنید.
- به یاد داشته باشید که بدشکلی مفاصل برابر با ناتوانی نیست و بیمار توانایی مراقبت از خود را دارد.
- به‌منظور افزایش تحرک بیمار و مراقبت از خود درد مداوم و سفتی صبحگاهی را تسکین دهید.

- وسایل کمکی برای بیمار تهیه کنید و به او در مورد استفاده صحیح از آن‌ها آموزش دهید (عصا را در دست مقابل سمت آسیب دیده بگیرید، اگر بیماری دستها و مچ را درگیر کرده است از ساعد استفاده کنید).

تسهیل مراقبت از خود

- به احساسات بیمار حساس باشید و پذیرش و نگرش مثبت خود را در مورد استفاده از وسایل کمکی نشان دهید.
- استقلال بیمار را در زمان بستری و در خانه بوسیله فراهم کردن تجهیزات سازگاری برای خوردن، اجابت مزاج، حمام و لباس پوشیدن حفظ کنید.

بهبود خواب

- علت اصلی مشکل خواب بیمار را پیدا کنید.
- زمان اجرای داروهای ضدالتهاب و مسکن‌ها را تنظیم کنید.
- به‌منظور بهبود کیفیت خواب، کارهای عادی هنگام خواب، داروها و اقدامات راحتی بیمار را فراهم کنید و بیمار را برای استفاده از آن‌ها تشویق کنید.

بهبود تصویر ذهنی از بدن و مهارت‌های ازعهده‌برآیی

- سعی کنید تا واکنش عاطفی بیمار به بیماری را بفهمید.
- بیمار را به داشتن ارتباط تشویق کنید طوری که بیمار و خانواده او، دربارهٔ احساسات، درک و ترس‌های خود در مورد بیماری صحبت کنند.
- به بیمار و خانواده او برای یافتن حوزه‌هایی که در آنها کنترل بر روی علائم بیماری و درمان داشته باشند کمک کنید.
- بیمار و خانواده او را برای درگیر شدن در برنامه درمان به منظور نتایج بهتر و مثبت‌تر تشویق کنید.

پایش و درمان عوارض احتمالی

- برای کمک به بیمار به‌منظور تشخیص و درمان عوارض جانبی داروها با پزشک و داروساز همکاری کنید.
- عوارض جانبی داروها را پایش کنید که شامل: خونریزی یا تحریک معدی -

روده‌ای، سرکوب مغزاستخوان، مسمومیت کبدی یا کلیوی، افزایش بروز عفونت، زخمهای دهانی، راش‌ها، و تغییرات بینایی می‌باشند. علائم و نشانه‌های دیگر شامل کوفتگی، مشکلات تنفسی، سرگیجه، زردی، ادرار تیره، مدفوع سیاه یا خونی، اسهال، تهوع، استفراغ و سردرد می‌باشند.

- بیمار را به دقت از نظر عفونت‌های موضعی و سیستمیک بررسی کنید که اغلب ممکن است به وسیله دوزهای بالای کورتیکوستروئیدها عفونی شوند.

افزایش آگاهی در مورد درمان بیماری

- به بیمار براساس دانش فرد، سطح علاقه، درجه راحتی، و تأثیرات فرهنگی و اجتماعی آموزش دهید.
- به بیمار در مورد درمان پایه بیماری، داروها و سازگاری ضروری در سبک زندگی آگاهی دهید.
- بیمار را به انجام مهارت‌های خود مراقبتی جدید تشویق کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار در مورد بیماری، تغییرات احتمالی مربوط به بیماری، رژیم‌های درمانی تجویز شده، عوارض جانبی داروها، راه کارهای حفظ استقلال در عملکرد و ایمنی در منزل آموزش دهید.
- بیمار و خانواده او را برای بیان نگرانی‌ها و پرسیدن سؤال در مورد بیماری تشویق کنید.
- درد، خستگی و افسردگی بیمار را قبل از شروع برنامه آموزشی برطرف کنید زیرا آن‌ها با توانایی یادگیری بیمار تداخل می‌کنند.
- به بیمار در مورد درمان پایه بیماری و سازگاری‌های ضروری در سبک زندگی آموزش دهید.

تدلوم مراقبت

- در صورت نیاز جهت مراقبت به خانه بیمار مراجعه کنید (برای مثال: بیمار

ضعیف با کاهش شدید عملکرد).

- توجه کنید که مشکلات ایجاد شده توسط آرتریت روماتوئید ممکن است با درمان اختلال اصلی مداخله کند و درمان اختلال اصلی ممکن است باعث ایجاد یا افزایش مشکلات مربوط به آرتریت روماتوئید شود.
- موانع عدم پذیرش درمان در بیمار را شناسایی و ارجاع دهید.
- نیاز به کمک بیمار در منزل را بررسی کنید و به کمک‌های بهداشتی منزل نظارت کنید.
- هنگامی که مشکلاتی را تشخیص دادید یا محدودیت حرکات افزایش یافت بیمار را به پزشک و فیزیوتراپ ارجاع دهید.
- بیمار و خانواده او را از وجود سرویس‌های حمایتی آگاه کنید.
- در مورد اهمیت پیگیری به بیمار و خانواده او تأکید کنید.

ارزیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- بیمار تسکین درد یا بهبود سطح راحتی را تجربه کند.
- بیمار کاهش خستگی را تجربه کند.
- بیمار تحرک خود را افزایش داده و حفظ کند.
- بیمار فعالیت‌های مراقبت از خود را حفظ کند.
- بیمار بهبود تصویر از بدن را تجربه کند.
- هیچ عوارضی وجود نداشته باشد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۰، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Asthma

آسم

آسم بیماری التهابی مزمن راه هوایی است که به وسیله افزایش پاسخ دهی، ادم مخاطی و افزایش تولید موکوس مشخص می‌شود. التهاب منجر به انسداد در نتیجه ادم مخاطی، کاهش قطر راه هوایی و انقباض عضلات صاف درخت برونشی می‌شود. تشدید (حمله) حاد از چند دقیقه تا چند ساعت یا چند روز

طول می‌کشد و بعد از آن معمولاً بیماران بدون علامت هستند.

آسم در هر سنی می‌تواند شروع شود. آن شایع‌ترین بیماری مزمن دوره کودکی است. عوامل خطرزا برای آسم شامل آلرژی (قوی‌ترین عامل) و تماس مزمن با محرک‌های راه هوایی یا آلرژن‌ها (برای مثال علوفه، گرده گیاهان هرز، کپک، گرد و غبار یا حیوانات) می‌باشند. آغاز کننده‌های شایع علائم آسم و تشدید علائم شامل محرک‌های راه هوایی (مانند گرده‌های گیاهان، سرما، گرما، بوهای شدید، سیگار، عطرها)، ورزش، استرس، سینوزیت و رفلاکس مری می‌باشند.

تظاهرات بالینی

- شایع‌ترین علائم آسم سرفه (با یا بدون تولید موکوس)، تنگی نفس، و خس خس سینه (ابتدا در بازدم و سپس احتمالاً در طول دم) هستند.
- حملات آسم غالباً در شب یا اول صبح ایجاد می‌شوند.
- تشدید آسم معمولاً بعد از افزایش علائم در طی چند روز است اما ممکن است به‌طور ناگهانی نیز ایجاد شود.
- سفتی سینه و تنگی نفس ایجاد می‌شود.
- بازدم طولانی شده و نیاز به تلاش و تقلا دارد.
- هنگامی که حمله پیشرفت می‌کند سیانوز مرکزی ثانویه به هیپوکسی شدید ممکن است ایجاد شود.
- علائم دیگر همانند تعریق، تاکیکاردی، و افزایش فشار نبض ممکن است ایجاد شود.
- واکنش شدید و پایدار (آسم پایدار) ممکن است ایجاد شود که تهدید کنندهٔ زندگی می‌باشد.
- اگزما، کهیر و ادم موقت، واکنش‌های آلرژیکی هستند که ممکن است در آسم مشاهده شوند.

بررسی و روش‌های تشخیص

- گرفتن تاریخچه خانوادگی، محیطی و شغلی ضروری است.
- در طول حمله‌های حاد، آزمایشات خون و خلط، پالس‌اکسیمتری، گازهای خون شریانی، هیپوکاپنی و آلکالوز تنفسی و آزمایشات عملکرد ریوی

(FVC, FEV کاهش می‌یابند) انجام می‌شوند.

درمان طبی

درمان دارویی

دو نوع دسته دارویی (برای کنترل طولانی مدت و درمان سریع) و همچنین محصولات ترکیبی وجود دارند.

- مهارکننده‌های تعدیل کننده لوکوترین یا آنتی‌لوکوترین‌ها برای جلوگیری از تنگ شدن برونش، گیرنده‌ها را مهار می‌کنند.
- آگونیست‌های بتا ـ آدرنرژیک.
- متیل گزانتین‌ها.
- آنتی‌کولینرژیک‌ها.
- کورتیکوستروئیدها: انواع استنشاقی (MDI).
- مهارکننده‌های سلول‌های ماست.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلابه آسم

بررسی

- موادی که حمله آسم را تشدید می‌کنند تشخیص و ارزیابی کنید (گرفتن تاریخچه‌ای از حملات، تاریخچه خانوادگی، محیطی، و بهداشتی).
- وضعیت تنفسی را از نظر پیشرفت یا برطرف شدن حمله آسم به‌صورت روزانه پایش کنید (برای مثال: صداهای تنفسی، پالس‌اکسیمتری، علائم حیاتی، حداکثر جریان).
- تاریخچهٔ دارویی و تاریخچه حساسیت دارویی بگیرید.

تشخیص‌های پرستاری

- پاک‌سازی غیرمؤثر راه هوایی در رابطه با تنگی راه هوایی و تولید بیش از حد موکوس.
- اضطراب در رابطه با ترس از مرگ.
- خطر غیرمؤثر بودن رژیم درمانی تجویز شده.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف ممکن است شامل تنفس آسان، صداهای تنفسی طبیعی، طبیعی بودن مطالعات سیستم تنفسی، و دانستن در مورد رژیم مراقبت از خود جهت پیشگیری و درمان حمله‌های آسم باشد.

مداخلات پرستاری

بهبود پاک‌سازی راه هوایی

- درمان‌های تجویز شده را اجرا کنید و پاسخ‌های بیمار را بررسی کنید.
- اگر عفونت وجود داشت آنتی‌بیوتیک‌ها و مایعات را اجرا کنید.
- در صورت نیاز از لوله‌گذاری راه هوایی و حمایت تنفسی کمک بگیرید.

کاهش اضطراب

- مراقبت‌های پرستاری را در آرامش و سکوت انجام دهید.
- بیمار و خانواده او را درباره اقدامات آگاه کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار و خانواده او دربارهٔ آسم (التهاب مزمن)، هدف، و عملکرد داروها، اجتناب از عوامل شروع کنندهٔ حملات (برای مثال: تماس با گرده‌های مزاحم، ماندن در اتاقهای با تهویه مناسب در طی فصل گرده افشانی یا در صورت امکان تغییر منطقهٔ آب و هوایی) آموزش دهید.
- به بیمار و خانواده او در مورد پایش حداکثر جریان، آموزش دهید.
- به بیمار در مورد چگونگی اجرای یک برنامه عملی و زمان و چگونگی کمک خواستن از دیگران آموزش دهید.
- در مورد رعایت درمان تجویز شده، اقدامات پیش‌گیرانه و نیاز برای پیگیری تأکید کنید.

تداوم مراقبت

- در صورت نیاز بیمار را به یک پرستار مراقبت در منزل ارجاع دهید.

- ملاقات در منزل برای بررسی آلرژن‌ها (در صورت عود حملات) ممکن است لازم شود.
- بیمار را برای حفظ بهداشت جسمی و روانی مناسب تشویق کنید زیرا حملات ممکن است حتی به وسیلهٔ تلقین ایجاد شوند.
- بیمار را به گروه‌های حمایتی ارجاع دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۴، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Asthma: Status Asthmaticus

آسم: آسم پایدار

آسم پایدار یک آسم شدید و مقاوم است که به درمان عادی جواب نمی‌دهد. ممکن است بیش از ۲۴ ساعت طول بکشد. عفونت، اضطراب، استفاده نادر است از نبولایزر، دهیدراتاسیون، افزایش بلوک آدرنرژیک و محرک‌های غیراختصاصی ممکن است به ایجاد این حملات کمک کنند. حملهٔ حاد ممکن است به وسیلهٔ حساسیت به آسپرین تسریع شود. دو مشکل پاتولوژیکی عمده به وجود می‌آید: کاهش در قطر برونش و اختلال در تهویه ـ خونرسانی.

تظاهرات بالینی

- مشابه با آسم شدید است.
- هیچ ارتباطی بین شدت حملات و مقدار خس خس سینه وجود ندارد؛ با افزایش انسداد خس خس سینه ممکن است ناپدید شود که احتمالاً علامت خطر ایجاد اختلال تنفسی قریب‌الوقوع است.

بررسی و روش‌های تشخیص

- مطالعات عملکرد ریوی و تجزیه گازهای خون شریانی.
- الکالوز تنفسی شایعترین یافته است.

هشدار پرستاری: افزایش فشار دی‌اکسیدکربن به حد طبیعی و بالاتر از آن یک علامت خطر است که نشان دهنده اختلال تنفسی می‌باشد.

درمان طبی

- درمان اولیه: آگونیست‌های بتا ـ آدرنرژیک، کورتیکوستروئیدها، اکسیژن درمانی و مایعات وریدی برای هیدراتاسیون بیمار. استفاده از آرام بخش‌ها ممنوع می‌باشد.
- اکسیژن درمانی را ابتدا با فشار کم و توسط ماسک یا کاتتر بینی شروع کنید؛ میزان جریان براساس یافته‌های گازهای خون شریانی (PaO_2 ۶۵ تا ۸۵ میلی‌متر جیوه) تعیین می‌شود.
- در صورت بدتر شدن سطح گازهای خون یا نامناسب بودن تست‌های عملکرد ریوی، بیمار باید بستری شود.
- در صورت خستگی بیمار، نارسایی تنفسی و پاسخ ندادن حمله به درمان، تهویه مکانیکی انجام می‌شود.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به آسم پایدار

بررسی

علائم دهیدراتاسیون را با چک کردن تورگور پوست بررسی کنید. همچنین وضعیت تنفسی را به‌طور ثابت ۱۲ تا ۲۴ ساعت اول یا تا زمانی که آسم پایدار متوقف شود بررسی کنید.

تشخیص‌های پرستاری

- پاک‌سازی غیرمؤثر راه هوایی در رابطه با تنگی راه هوایی و ترشحات غلیظ.
- کمبود حجم مایعات در رابطه با کاهش هیدراتاسیون در نتیجه دفع نامحسوس آب.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف عمده شامل تسهیل تنفس، شفاف‌سازی صداهای تنفسی و عملکرد ریوی به‌رغم محدودیت‌های طبیعی می‌باشد.

مداخلات پرستاری

بهبود پاک سازی راه هوایی

اتاق بیمار را ساکت و عاری از محرک‌های تنفسی (گلها، سیگار، عطرها) نگه دارید. از بالش‌ها و تشک‌های آلرژی‌زا استفاده نکنید.

بهبود هیدراسیون بیمار

- با دریافت کافی مایعات به‌منظور رقیق کردن ترشحات و دفع آن‌ها با دهیدراسیون مقابله کنید.
- مایعات وریدی تجویز شده را اجرا کنید (۴۰۰۰ mL/day تا ۳۰۰۰ مگر اینکه منع استفاده داشته باشند).

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

- برای کاهش میزان عود به بیمار اقدامات مراقبت از خود را آموزش دهید. برای مطالعه بیشتر به اقدامات پرستاری در مبحث آسم مراجعه کنید.

ارزیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- بیمار به راحتی و بدون هیچ مشکلی تنفس می‌کند.
- بیمار نارسایی تنفسی یا عوارض دیگر را تجربه نمی‌کند.
- بیمار به‌طور مؤثر اقدامات مراقبت از خود را انجام می‌دهد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۴، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.



کمردرد Back pain, low

بیشترین موارد کمردرد از زوال دیسک‌های بین مهره‌ای و کشش بیش از حد ستون فقرات ثانویه به مشکلات عضلانی اسکلتی ناشی می‌شوند (به‌عنوان مثال رگ به رگ شدگی حاد ناحیه لومبوساکرال، ناپایداری لیگامنت‌های ناحیه لومبوساکرال و ضعف عضلات، وجود استئوآرتریت ستون فقرات، تنگی‌های ستون فقرات، مشکلات دیسک بین مهره‌ای، نامساوی بودن پاها). بیماران مسن‌تر ممکن است به دنبال شکستگی‌های مهره‌ای ناشی از پوکی‌استخوان و یا متاستاز به استخوان‌ها کمردرد را گزارش نمایند. بسیاری دیگر از حالات طبی یا روان تنی (سایکوسوماتیک) ممکن است جزو دلائل ایجادکننده کمردرد باشد. چاقی، استرس و اضطراب و گاهی افسردگی ممکن است به کمردرد منجر شود. بیمارانی که به کمردرد مزمن مبتلا هستند ممکن است به‌طور وسیعی به الکل یا داروهای ضددرد وابستگی پیدا کنند.

تظاهرات بالینی

- درد کمر به‌صورت حاد یا مزمن (دردی که بیش از سه ماه بدون بهبودی طول بکشد) و خستگی.
- دردی که در امتداد ریشه‌های عصبی انتشار می‌یابد (رادیکولوپاتی[1]، سیاتیک) و این درد با حرکت شدت می‌یابد.
- درد با بالا بردن پای صاف شده گزارش شده (آزردگی و تحریک ریشه‌های عصبی ستون فقرات).
- اسپاسم و انقباض عضلات بین مهره‌ای (افزایش شدید تن عضلانی

1- Radiculopathy

عضلات پشتی) که با از دست دادن انحنای طبیعی کمر و احتمالاً دفرمیتی ستون فقرات رخ می‌دهد.
- کمردرد که به وسیله فعالیت تشدید می‌شود (معمولاً درد عضلانی اسکلتی به نسبت دیگر حالات).

بررسی و روش‌های تشخیص

- تاریخچه سلامتی و معاینات فیزیکی (معاینه پشت، تستهای اعصاب).
- عکس‌برداری ستون فقرات.
- توموگرافی کامپیوتری (CT اسکن).
- بررسی رزونانس مغناطیسی (MRI).
- اسکن استخوان و مطالعات و بررسی‌های خون.
- الکترومیوگرافی و مطالعات هدایت عصبی.

درمان طبی

درمان حمایتی بر پایه تسکین درد و ناراحتی، تعدیل و اصلاح فعالیت و آموزش به بیمار می‌باشد. استراحت مطلق در تخت درمان انتخابی در صورت درد شدید است. بیمار باید در تخت وضعیت داده شود (یا در وضعیتی قرار گیرد) تا خمیدگی کمری یا انحنای کمر افزایش یابد. سر تخت حدود ۳۰° بالا قرار گیرد و زانوها اندکی خمیده باشد و از حالت خوابیده به شکم اجتناب شود. ترکیبات ضد درد، کاهش استرس و شیوه‌های تن آرامی به استراحت در تخت اضافه می‌شود. معمولاً ناراحتی خودبه‌خود محدود شده و طی چهار هفته برطرف می‌شود. درمان فیزیکی و جسمی، تراکشن (کشش) لگنی متناوب، گرما یا سرما درمانی و در غیاب نشانه‌های رادیکولوپاتی[1] برخی دستکاری‌ها ممکن است کمک کننده باشد؛ دیگر روش‌های درمانی شامل دیاترمی، شنا در استخر، برنامه‌های تمرینی و حرکات ورزشی و حمایت‌های ستون فقرات و استفاده از بریس‌ها می‌باشد.

۱- درد ناشی از درگیری‌های عصبی

B

درمان دارویی

- ترکیبات ضد درد (متوسط یا مخدرها).
- شل‌کننده‌های عضلانی.
- آرامبخش‌ها.
- ترکیبات ضدالتهابی و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs).

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به کمردرد

بررسی

- تشویق بیمار به شرح و توضیح ناراحتی‌ها (شروع، شدت، مدت، ماهیت، انتشار، ضعف در پاها، موقعیت).
- به دست آوردن تاریخچه‌ای از شیوه‌های قبلی کنترل درد و این که چطور مشکل کمر شیوه و سبک زندگی فرد را تحت تاثیر قرار داده است.
- مشاهده وضعیت قرارگیری بیمار، تغییرات پوزیشن، و شیوه راه رفتن.
- بررسی انحنای ستون فقرات، استخوان لگن، تفاوت در اندازه طول پاها و تقارن شانه‌ها.
- لمس عضلات کناری ستون فقرات و اندازه‌گیری و توجه به اسپاسم و حساسیت در لمس و تحریک‌پذیری.
- توجه به ناراحتی‌ها و محدودیت‌های حرکتی وقتی به جلو و اطراف خم می‌شود.
- بررسی درگیری عصبی به‌وسیله بررسی حس‌های غیرطبیعی، ضعف عضلات یا فلج عضلانی و درد پشت، کمردرد و پا درد با بلندکردن پای صاف شده، بررسی رفلکس تاندونهای عمقی.
- بررسی چاقی مرضی و بررسی رژیم رعایت شده توسط بیمار.

تشخیص‌های پرستاری

- درد در ارتباط با مشکلات عضلانی اسکلتی.
- نقص در تحرک جسمی در ارتباط با درد، اسپاسم عضلانی، و کاهش انعطاف‌پذیری.
- عدم تعادل تغذیه‌ای بیش از نیازهای بدن در ارتباط با افزایش دریافت غذا برای سطوح فعالیت.

- نقص در تعاملات جتماعی در ارتباط با نقصان تحرک، درد مزمن، تغییر در عملکرد نقش.
- اطلاعات و دانش ناکافی در ارتباط با مکانیک‌های بدنی.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف برای این بیماران شامل تسکین درد، بهبود تحرک، بهبود ایفای نقش، استفاده صحیح از مکانیک‌های بدنی و اصلاح و کاهش وزن می‌باشد.

مداخلات پرستاری

تسکین درد

- تشویق بیمار به کاهش فشار به کمر و تشویق به تغییر پوزیشن مکرر.
- کاهش درد توسط درمانهایی چون تنفس دیافراگمی، شل‌کردن عضلات، پرت کردن حواس و شیوه‌های گوناگون (چون مطالعه، تماشای تلویزیون).
- توصیه به بیمار که استفاده از گرما یا سرمای متناوب ممکن است درد را کاهش دهد.
- بررسی پاسخ‌ها و عکس‌العمل‌های بیمار به داروهای تجویز شده.

بهبود تحرک

- تشویق بیمار به دراز کشیدن، نشستن و راه رفتن به‌صورت متناوب. توصیه به بیمار که از نشستن، ایستادن و راه رفتن برای مدتهای طولانی اجتناب نماید. تشویق بیمار به انجام فعالیت مراقبت از خود و انجام تمرینات هنگام فروکش‌کردن درد.
- توصیه به بیمار جهت استراحت روی سطوح سفت که خمیدگی ندارد و فرو رفتگی ایجاد نمی‌کند و محدود کردن فعالیت‌ها به مدت ۲-۱ روز هنگام شدت درد.
- تشویق بیمار به رعایت و انجام تمرین‌های تجویز شده، اجتناب از حرکات چرخشی بدن و حرکات لرزشی و تکان‌های شدید و حفظ وضعیت قرارگیری بدن به صورتی که قفسه سینه صاف و شکم تو رفته باشد.

B

تغییر الگوی تغذیه‌ای به منظور کاهش وزن

- تأمین یک طرح تغذیه‌ای که شامل تغییراتی در عادات غذا خوردن به‌منظور حفظ وزن مطلوب است.
- کنترل از دست دادن وزن و توجه به موفقیت و نتیجه نهایی.
- تشویق بیمار و تقویت نیروی مثبت و تسهیل رعایت برنامه غذایی.

پیشگیری از انزوای اجتماعی

- کمک به بیمار و حمایت مردم از وی به منظور به رسمیت شناختن وی و قبول وابستگی‌های او و کمک به تطابق بیمار.
- کنترل از نظر «نوروز کمر[1]». کمک به بیمار برای تطابق با عوامل فشار خاص و کنترل موقعیت‌های پرفشار و استرس.
- در صورت لزوم ارجاع برای روان درمانی .

تأمین حرکات صحیح بدنی

آموزش به بیمار که چگونه برخیزد، بنشیند، دراز بکشد، و در صورت لزوم چیزی را بلند کند:

- وقتی ایستاده است وزن خود را به‌طور متناوب روی یک پا انداخته و پای دیگر را روی چهار پایه کوتاه استراحت دهد، کفش پاشنه کوتاه بپوشد.
- با زانوها و لگن خم شده بنشیند و زانوها هم‌سطح یا بالاتر از لگن قرار بگیرد، کف پاها صاف روی زمین قرار بگیرد، از صندلی با تکیه‌گاه دستی و سطح صاف حمایت‌کننده از کمر و پشت استفاده نماید.
- روی یک پهلو بخوابد به صورتی که زانوها و لگن خمیده شوند یا به پشت و صاف با زانوهای خمیده تحت حمایت بالش بخوابد؛ اجتناب از خوابیدن روی شکم.
- برای بلند کردن اشیا از عضله چهارسر رانی استفاده کرده نه از عضلات پشتی و با حمایت بلند شود و شی را نزدیک بدن نگه دارد، هنگام بلندکردن اشیاء بریس کمر بپوشد یا کمربند حمایتی استفاده کند، و از بلندکردن

1- Low Back neurosis

اجسامی که وزنشان بیشتر از ۱/۳ وزن بدن خود فرد است اجتناب نماید.
- تمرین‌های تدافعی و حفاظتی به‌منظور حفظ وضعیت بدنی، پوزیش‌ها و مکانیک‌های بدنی به‌منظور صاف نگهداشتن کمر و کاهش عود دردهای کمری را انجام دهد.

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار بیمار

- کاهش درد را تجربه نماید.
- دستیابی به تحرک را تجربه نماید و اظهار کند.
- مکانیک‌های بدن را برای حفظ حالات صحیح پشت تشریح می‌کند.
- برعهده‌گیری نقش متناسب با مسئولیت.
- به دست آوردن وزن وضعیت تغذیه‌ای مطلوب.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

فلج بلز Bell's palsy

فلج بلز (فلج صورت) در ارتباط با گرفتاری محیطی عصب هفتم جمجمه‌ای در یک سمت است، که در نتیجه ضعف یا فلج عضلات صورت را به دنبال خواهد داشت. علت این عارضه ناشناخته است، اما علت‌های احتمالی شامل ایسکمی عروقی، بیماریهای ویروسی (هرپس سیمپلکس، هرپس زوستر)، بیماری‌های اتوایمیون و یا ترکیبی از این عوامل می‌باشد. فلج بلز ممکن است حاکی از نوعی فلج فشاری باشد که در آن نکروز ایسکمیک عصب صورت باعث بدشکلی در صورت شده و اشک ریزش را افزایش می‌دهد (گریه)، و احساس درد در صورت، پشت گوش و چشم‌ها ایجاد می‌کند. بیمار ممکن است سختی تکلم داشته باشد و یا ممکن است در خوردن در همان سمت مبتلا به دنبال ضعف عضلات ناتوان باشد.

B

درمان طبی

یافته‌ها در درمان نشانگر دستیابی به تن عضلانی صورت، پیشگیری و یا حداقل صدمه عصبی می‌باشد. درمان با استروئیدها ممکن است آغازی برای کاهش التهاب و ادم باشد، که منجر به کاهش فشردگی عروقی شده و اجازه می‌دهد که گردش خون دوباره در مسیر اعصاب برقرار شود. تجویز زودرس کورتیکواستروئیدها منجر به ظهور کاهش شدت تسکین درد و حداقل صدمات عصبی خواهد شد. درد صورت به وسیله ترکیبات ضد درد کنترل شده و یا گرمای موضعی در سمت مبتلا ممکن است پاسخگو باشد. به‌علاوه درمان‌های اضافی ممکن است شامل واردکردن تحریک الکتریکی به‌صورت به‌منظور پیشگیری از آتروفی عضلات باشد و یا جراحی بازیابی عصب صورت انجام شود. وقتی مشکوک به وجود یک تومور باشیم، جراحی ممکن است ترجیح داده شود که برای برداشتن فشار از روی عصب و به منظور نوتوانی صورت فلج شده انجام می‌گیرد.

تدابیر پرستاری

بیماران نیازمند اطمینان از این مسئله می‌باشند که حمله بار دیگر رخ نمی‌دهد و این که مشکل در اغلب بیماران در حدود ۵-۳ هفته خودبه‌خود بهبود می‌یابد. آموزش به بیماران مبتلا به فلج بلز در مورد مراقبت از خود در منزل یکی از مهم‌ترین اولویت‌های پرستاری است.

آموزش مراقبت از چشم

به علت این که رفلکس چشمک زدن کاهش می‌یابد، چشم درگیر ممکن است به طور کامل بسته نشود و به منظور پیشگیری از تحریک و آزردگی قرنیه و یا زخم و خراش نیازمند محافظت باشد و باید بیمار را در مورد عوارض احتمالی، شامل تحریک و آزردگی قرنیه و زخم، افزایش جریان اشک و فقدان رفلکس چشمک زدن آگاه ساخت.

نکات کلیدی آموزش عبارتند از:

- پوشاندن چشم به وسیله یک صفحه محافظتی در طول شب.
- استفاده از پماد یا مرهم چشم به منظور بسته نگه‌داشتن پلک‌ها هنگام

خواب.
- بسته نگه داشتن پلک فلج شده با دست قبل از خواب.
- استفاده از پوشش اطراف عینک یا استفاده از عینک ایمنی برای کاهش تبخیر طبیعی از چشم‌ها.

آموزش راجع به حفظ تون عضلانی

- به بیمار نشان دهیم وقتی که می‌تواند ماساژ را تحمل کند چگونه ماساژ صورت را با حرکات ملایم رو به بالا و در دفعات متعدد در روز انجام دهد.
- انجام ورزش‌های صورت، مثل چین و چروک انداختن پیشانی، باد کردن و فوت کردن در گونه‌ها و صوت زدن، تلاش به‌منظور پیشگیری از آتروفی عضلانی.
- آگاه ساختن بیمار به اجتناب از قرار دادن صورت در معرض سرما و کوران هوا.
- یادآوری به بیمار و خانواده او در مورد اهمیت مشارکت در فعالیت‌های ارتقای سلامتی و پیشنهاد انجام تمرینات محافظت از سلامت.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۴، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Benign prostatic Hyperplasia and prostatectomy

هایپرپلازی خوش‌خیم پروستات و پروستاتکتومی

هایپرپلازی خوش‌خیم پروستات (BPH) به بزرگ شدن، یا هایپرتروفی، پروستات گفته می‌شود. بزرگی غده پروستات به سمت مثانه گسترش یافته و مسیر جریان ادرار را مسدود می‌سازد. تخلیه ناقص مثانه و احتباس ادرار و نهایتاً جمع شدن[1] ادراری منجر به هیدرونفروز، بزرگی حالب‌ها و عفونت‌های سیستم اداری (UTI) می‌گردد. علت ایجاد آن به درستی روشن نشده، اما حدس زده می‌شود که تغییرات هورمونی دخیل باشد. (BPH) مشکل رایج و مشترک بین مردان بالاتر از ۵۰ سال می‌باشد.

1- Stasis

B

تظاهرات بالینی

پروستات بزرگ، با قوامی لاستیک مانند و غیر حساس است. پروستاتیسم (تجمعی از نشانه‌های انسدادی و آزردگی و تحریکی) مورد توجه است. علائم و نشانه‌ها شامل:

- تردید در مورد زمان شروع دفع ادرار، افزایش تکرار دفع ادرار[1]، شب‌ادراری[2]، دفع فوری ادرار[3] دل پیچه و گرفتگی شکمی[4].
- تخلیه ناقص مثانه به همراه عفونت ادراری می‌تواند احتمالاً نتیجه باقی ماندن ادرار باشد.
- کاهش حجم نیروی لازم به منظور تخلیه‌ی ادرار، وقفه در جریان ادرار، قطره قطره شدن ادرار[5].
- احساس تخلیه ناقص مثانه، احتباس حاد ادرار (بیشتر از ۶۰ میلی لیتر) و عود عفونت ادراری.

خستگی، بی‌اشتهایی، استفراغ و تهوع، ناراحتی اپیگاستر نیز البته گزارش می‌شود و نهایتاً ازوتمی[6] و نارسایی کلیه نتیجه احتباس مزمن ادراری و افزایش حجم باقیمانده ادرار خواهد بود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- معاینات بدنی شامل معاینه انگشتی رکتال (DRE[7]).
- تجزیه ادرار و مطالعات دینامیکی به‌منظور تعیین جریان انسدادی.
- تست‌های کارکرد کلیه، شامل سطوح کراتینین سرم.
- مطالعات کامل خونی، شامل مطالعات لخته و زمان انعقاد.

درمان طبی

برنامه درمان به علت، شدت انسداد و حالات بیمار بستگی دارد. اقدامات

1- Frequency of urination
2- Nocturia
3- Urgency
4- Abdominal Straining
5- dribbling
6- Azotemia
7- Digital Rectal examination

درمانی عبارتند از:

- سونداژ فوری اگر بیمار قادر به تخلیه نباشد (اگر استفاده از سوندهای معمولی امکان‌پذیر نباشد، اورولوژیست ممکن است وارد عمل شود). سیستوستومی سوپراپوبیک نیز گاهی لازم خواهد بود.
- توجه و هوشیاری به‌منظور کنترل پیشرفت بیماری.
- اتساع با کمک بالن یا بلاک‌کننده‌های رسپتور α_1 (ترازوسین)[1] به‌منظور شل نمودن عضلات صاف گردن مثانه و پروستات مفید است
- استفاده‌ی درست از هورمون آنتی‌آندروژن (فیناستراید[2] [پروسکار][3]) منجر به کاهش اندازه پروستات و بهبود جریان ادرار می‌شود.
- گاهی درمان با گیاهان دارویی مثل تکه تخل زینتی برای هایپرتروفی خوش‌خیم پروستات در سطوح خفیف یا متوسط مفید خواهد بود.

درمان جراحی

- لیزر درمانی ترانس اورترال با همراهی و راهنمایی اولتراسوند[4]
- برداشتن با سوزن ترانس اورترال (باقی گذاشتن حالب‌ها، اعصاب، عضلات، و غشاها).
- ترموتراپی با جریان کم[5] (استفاده از پروب‌های ترانس اورترال) در مورد بافت‌های هایپرتروفی شده منجر به نکروز و ریزش می‌شود.

از فرآیندهای جراحی مثل پروستاتکتومی می‌توان به منظور برداشتن و جدا کردن بخش‌های هایپرتروفیک غده پروستات استفاده شود. دیگر روش‌های جراحی عبارتند از:

- رزکسیون‌های ترانس‌اورترال پروستات[6] (TURP یا TUR)؛ اقدامات اندوسکوپیک مجرای ادراری رایج‌ترین روش است.

1- Terazosin

2- Finasteride

3- Proscar

۴- خارج ساختن بخشی از پروستات از طریق پیشابراه با هدایت اولتراسوند به کمک لیزر.

5- Microwave Thermotherapy

۶- تراشیدن پروستات از راه مجرای ادراری.

B

- پروستاتکتومی سوپراپوبیک (به‌وسیله برش شکمی).
- پروستاتکتومی پرینال (برش از ناحیه پرینه)؛ بی‌اختیاری در نگهداری ادرار، ناتوانی جنسی، یا آسیب رکتال ممکن است به‌عنوان عارضه رخ بدهد.
- پروستاتکتومی رتروپوبیک (برش پایین شکمی).

تدابیر پرستاری

برای کسب اطلاعات بیشتر به فرآیند پرستاری بیمار تحت پروستاتکتومی به‌دنبال سرطان پروستات مراجعه نمایید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

تومورهای استخوان Bone tumors

نئوپلاسم‌های سیستم عضلانی اسکلتی انواع مختلفی دارند. شامل تومورهای استئوژنیک، کندروژنیک، فیبروژنیک، عضله و تومورهای سلول مغز استخوانی و تومورهای عصب، عروق و سلول چربی هستند. آنها ممکن است تومورهای سرطانی اولیه و یا تومورهای متاستاتیک از سرطانهای اولیه مکان‌های دیگر بدن (مثل سینه، ریه، پروستات و کلیه) باشند. تومورهای متاستاتیک استخوان بسیار شایع‌تر از تومورهای اولیه استخوانی هستند. تومورها منجر به تخریب و سست شدن ساختار استخوان و در نتیجه شکستگی آن می‌شوند.

تومورهای خوش‌خیم[1] استخوانی

تومورهای خوش‌خیم استخوان دارای رشد آهسته و حدود مشخص می‌باشند. آنها علائم اندکی داشته و منجر به مرگ نمی‌شوند. نئوپلاسم‌های خوش‌خیم اولیه در سیستم عضلانی اسکلتی شامل استئوکندروما، انکوندروما، استئومای استئوئیدی، کیست استخوان، رابدومیوما، و فیبروماها هستند. تومورهای خوش‌خیم استخوان و بافت نرم رایج‌تر از تومورهای بدخیم هستند.

1- Benign Bone tumors

کیست‌های استخوانی ضایعات متسع شونده در استخوان ایجاد می‌کنند (به عنوان مثال آنوریسمال و تک‌حنجره‌ای[1]). استئوکندروما، رایج‌ترین تومور خوش‌خیم استخوانی است و ممکن است بدخیم شود. انکوندروما تومور رایج غضروف هیالینی دست، دنده‌ها، پا، بازو، یا لگن می‌باشد. استئومای استئوئید تومور دردناکی است که در کودکان و بالغین جوان رخ می‌دهد. استئوکلاستوما (تومورهای سلول غول‌پیکر) برای مدت‌های طولانی خوش‌خیم می‌باشد، اما ممکن است به بافت موضعی تهاجم کرده و منجر به تخریب این بافت شود. این تومورها ممکن است دستخوش بدخیمی و انتقال به سایر بافت‌ها و متاستاز شوند.

تومورهای بدخیم استخوان

تومورهای اولیه بدخیم دستگاه عضلانی اسکلتی نادرند و از سلولهای بافت حمایتی و پیوندی (سارکوما) یا المانهای مغز استخوان (میلوما) ناشی می‌شوند. سارکوم بافت نرم شامل لیپوسارکوما، فیبروسارکوما و رابدومیوسارکوما می‌باشد. متاستاز به ریه‌ها شایع است. استئوژنیک سارکوما (استئوسارکوما) رایج‌ترین است و اغلب به واسطه متاستاز به ریه‌ها مهلک و کشنده می‌باشد. در استخوان‌هایی با رشد سریع (پسرهای ۱۰ تا ۲۵ ساله)، مردم مسن‌تر مبتلا به بیماری پاژه[2] و در بیماران تحت رادیوتراپی مکرر دیده شده است. مکان‌های شایع درگیر عبارتند از انتهای فمور، ناحیه نزدیک درشتنی و ناحیه نزدیک استخوان بازو.

کندروسارکوما، دومین تومور اولیه بدخیم شایع در استخوان است که بزرگ و حجیم با رشد آهسته می‌باشد که بیشتر در بالغین پدید می‌آید (در مردان بیشتر رخ می‌دهد). مکان‌های شایع درگیر ممکن است شامل لگن خاصره، دنده‌ها، فمور، بازو، ستون فقرات و کتف‌ها، و درشتنی باشد. آنها ممکن است بعد از درمان مجدداً عود نمایند.

تومورهای متاستاتیک استخوان (تومورهای استخوانی ثانویه) بسیار شایع‌تر از هر تومور بدخیم اولیه می‌باشند. تومورهایی که مکرراً به استخوان

1- Unicameral

2- Pagets disease

B

متاستاز می‌دهند شامل کارسینومای کلیه، پروستات، ریه‌ها، پستان، تخمدان و تیروئید است. تومورهای متاستاتیک مکرراً به جمجمه، ستون فقرات، لگن خاصره و فمور و بازو حمله می‌کنند.

تظاهرات بالینی

تومورهای استخوانی با مشکلات وسیع و شدیدی تظاهر کنند:

- بدون نشانه یا درد (خفیف، گاهی یکنواخت، شدید).
- درجات متفاوتی از ناتوانی؛ بارها، خصوصاً در زمان رشد استخوان.
- کاهش وزن، ضعف و تب[1] ممکن است رخ دهد.
- درد، ادم و تورم، و محدودیت حرکت؛ توده استخوانی ممکن است قابل لمس، حساس و تحریک‌پذیر، یا ثابت باشد؛ مکان‌های شایع عبارتند از انتهای فمور، درشت‌نی پروگزیمال و بازوی پروگزیمال.
- متاستاز به ستون فقرات منجر به فشردگی طناب نخاعی و نقایص نورولوژیکی و عصبی می‌شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- ممکن است بعد از شکستگی پاتولوژیک برحسب اتفاق تشخیص داده شوند.
- توموگرافی کامپیوتری (CT)، اسکن‌های استخوان، میلوگرافی، بررسی رزوناس مغناطیسی (MRI)، آرتریوگرافی، و مطالعات x-ray.
- ارزیابی‌های بیوشیمایی خون و ادرار (در صورت وجود استئوژنیک سارکوما سطوح آلکالین فسفاتاز مکرراً بالاست؛ اگر کارسینومای متاستاتیک پروستات وجود داشته باشد اسیدفسفاتاز سرم بالا می‌رود و در سرطان‌های استخوانی متاستاتیک از پستان‌ها، ریه و کلیه‌ها حالات هیپرکلسمی دیده می‌شود.
- بیوپسی جراحی برای تشخیص بافت‌شناسی؛ مرحله‌بندی براساس اندازه تومور، درجه‌بندی، تعیین محل و متاستاز تومور.

1- Malaise

درمان طبی

هدف از درمان برداشتن و نابودی تومور می‌باشد. این هدف ممکن است با برشهای جراحی (برش‌های موضعی و آمپوتاسیون یا جدا کردن یک قسمت توسط جراحی)، رادیوتراپی و یا شیمی‌درمانی برآورده شود.

- سارکومای بافت نرم به‌وسیله رادیوتراپی، برداشتن عضو و در صورت نیاز استفاده از پیوند درمان می‌شود و شیمی‌درمانی ترکیبی نیز مفید است.
- درمان سرطان متاستاتیک استخوان تسکینی است؛ هدف درمان تسکین و کاهش درد و ناراحتی تا حد ممکن است.
- ثابت کردن داخلی در شکستگی‌های پاتولوژیک، آرتروپلاستی، یا متیل‌متاکریلیت (سیمان استخوان) ناتوانی و درد را در بیماری متاستاتیک به حداقل می‌رساند.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به تومور استخوانی

بررسی

- از بیمار در مورد شروع و زمینه علائم سئوال کنید. توجه به درک بیمار و خانواده او از بیماری، مهارت‌های تطابقی، اداره و کنترل درد اهمیت دارد.
- توده را به آرامی لمس کنید. توجه به اندازه و تورم بافت نرم، درد و تحریک‌پذیری مهم است.
- وضعیت عصبی عروقی را بررسی نموده و دامنه حرکت اندامها را بررسی نمایید.
- تحرک و توانایی بیمار به منظور انجام فعالیت‌های روزمره زندگی را ارزیابی کنید.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- نقصان دانش و آگاهی در ارتباط با روند بیماری و رژیم درمانی.
- درد در ارتباط با سیر پاتولوژیک بیماری و جراحی.
- خطر صدمه: شکستگی پاتولوژیک در ارتباط با تومور.
- تطابق غیرمؤثر با اثرات بیماری در ارتباط با ترس از ناشناخته‌ها، مشاهده و درک سیر بیماری، سیستم ضعیف حمایتی.

B

- خطر کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس در ارتباط با از دست دادن یک قسمت از بدن یا تغییر نقش.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- تاخیر در بهبود زخم‌ها.
- سوء تغذیه.
- عفونت.
- هایپرکلسمی.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی شامل شناخت سیر بیماری و رژیم درمانی، کنترل درد، عدم وجود شکستگی‌های پاتولوژیک، الگوی مؤثر تطابقی، بهبود اعتماد به نفس و عدم وجود عوارض است.

مداخلات پرستاری

ارتقای درک بیمار

- توضیح پیرامون تستهای تشخیصی، درمان‌ها و نتایج مورد انتظار.
- تقویت و اصلاح اطلاعات مددجو که به‌وسیله پزشک تامین شده است.
- تشویق به عدم وابستگی و عملکردهای مستقل تا حد امکان.
- مراقبت‌های بعد از عمل؛ کنترل علائم حیاتی، بررسی خون از دست رفته و پیشگیری از عوارض (به‌عنوان مثال؛ ترومبوز ورید عمقی، آمبولی ریوی، عفونت، انقباض، آتروفی به‌کارنبردن عضو).
- بالا قراردادن قسمت مبتلاشده به بیماری به‌منظور کنترل ادم؛ بررسی عصبی عروقی اندامها، بی‌حرکتی ناحیه با آتل‌ها، گچ و یا بانداژ الاستیک تا زمانی که استخوان بهبود یافته و اصلاح شود.

کنترل درد

- استفاده از روشهای دارویی و غیردارویی کنترل درد در بیماران از جمله رادیوتراپی خارجی با رادیوایزوتوپهای سیستمیک.

- کار با بیمار به‌منظور طراحی رژیم‌های کنترل موثر درد.
- آماده کردن بیمار و حمایت از او هنگام انجام اقدامات دردناک.

پیشگیری از وقوع شکستگی‌های پاتولوژیک

- حمایت از استخوان‌های مبتلا و به آرامی حرکت دادن عضو حین انجام مراقبت‌های پرستاری.
- استفاده از وسایل حمایتی خارجی (مانند، آتل‌ها) به‌منظور افزایش حفاظت از استخوان‌ها.
- دنبال کردن دستورات حمایتی جهت حفظ وزن مناسب.
- به بیمار چگونگی استفاده ایمن از وسائل در راه رفتن را نشان دهیم و به او نشان دهیم که چگونه اندام‌های غیر مبتلا را تقویت نماید.

ارتقای تطابق و سازگاری با اثرات بیماری

- تشویق بیمار و خانواده او به بیان ترس‌ها و نگرانی‌ها و احساسات شخصی.
- حمایت و قبول بیمار و خانواده او به‌عنوان اعضایی که تحت تاثیر بدخیمی‌های استخوان قرار گرفته‌اند.
- منتظر وقوع احساس شوک، یاس و ناامیدی و اندوه و سوگواری باشید.
- ارجاع به موسسات حرفه‌ای سلامتی به‌منظور ارائه کمک‌های مخصوص روانی و روحی.

ارتقای اعتماد به نفس

- حمایت خانواده در کارها به منظور تطابق بهتر و خصوصاً تغییرات در تصویر ذهنی در ارتباط با جراحی و قطع عضو احتمالی.
- تامین واقع گرایی و اطمینان در مورد آینده و دوباره بازیابی نقش‌ها در ارتباط با فعالیت‌ها با تشویق به مراقبت از خود و زندگی اجتماعی.
- بیمار و خانواده تحت درمان را تشویق به اطمینان و افزایش اعتماد به نفس نموده و منابع وجودی ارزشمند بیمار را به او یادآوری نموده و به او القاء نماییم که همه چیز تحت کنترل است.

B

کنترل و درمان عوارض احتمالی

- کاهش فشار روی زخم و نواحی اطراف آن به‌منظور بهبود جریان خون‌رسانی.
- بهبود ترمیم و التیام به‌وسیله پانسمان‌های آسپتیک و غیر تهاجمی و غیر تروماتیک.
- کنترل و گزارش یافته‌های آزمایشگاهی.
- تغییر پوزیشن مکرر بیمار به منظور پیشگیری از وقوع شکنندگی پوستی؛ استفاده از تخت‌های درمانی خاص[1] در صورت لزوم.

پایش به‌منظور اداره هایپرکلسمی

شناسایی علایم: ضعف‌عضلانی، عدم هماهنگی، بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ، تغییرات ECG، تغییر وضعیت ذهنی و روانی.

حفظ وضعیت تغذیه‌ای مطلوب

- دادن ضدتهوع و ارتقای روش‌های شل کردن عضلات به‌منظور کاهش عکس‌العمل‌ها و پاسخ‌های معدی ـ روده‌ای.
- کنترل استوماتیت (ناشی از درمان‌های سرطان) به‌وسیله دهانشویه‌های ضدقارچ و یا بی‌حس‌کننده‌ها.
- تامین هیدراتاسیون کافی، نیازهای تغذیه‌ای، یا تغذیه کامل وریدی.

کنترل استئومیلیت و عفونت‌های زخم

- استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های پروفیلاکسی و پانسمان به روش کاملا استریل.
- پیشگیری از دیگر عفونت‌ها (به‌عنوان مثال: عفونت سیستم‌تنفسی فوقانی)، که انتشار خونی میکروارگانیسم منجر به استئومیلیت نشود.
- کنترل شمارش گلبولهای سفید، تشویق و توصیه به بیمار جهت اجتناب از تماس با افرادی که سرماخوردگی یا عفونتی دارند.

۱- تخت‌ها و تشکهای مواج

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

- تهیه و هماهنگ نمودن مراقبت‌های سلامتی ادامه‌دار و مداوم و آموزش مستقیم به بیمار پیرامون دارودرمانی، پانسمان، رژیم‌درمانی، محدودیت‌های تغییرات وزن، برنامه‌های فیزیوتراپی و کاردرمانی.
- آموزش علائم و نشانه‌های عوارضی که بیمار و خانواده باید با آنها آشنا شوند.
- ترتیب دادن مراقبت در منزل، توصیه به بیمار که شماره تلفنهای افراد را در مواقع ضروری نزد خود داشته باشد.
- در نظر گرفتن نیازهای مراقبتی برای طولانی مدت به‌منظور حمایت و اطمینان از درمان قطعی و حفاظت از عود مجدد و یا متاستاز.
- توضیح و شرح مراقبت‌ها و سیر مراحل انتهایی زندگی در صورتی که بیمار دچار بیماری متاستاتیک است.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

انسداد روده بزرگ Bowel obstruction, large

انسداد روده (عملکردی یا مکانیکی) هنگامی رخ می‌دهد که بسته شدن یک قسمت، از جریان محتویات داخل مجاری روده پیشگیری و ممانعت به عمل آورد. انسداد روده بزرگ در نتیجه باقی‌ماندن محتویات روده، مایعات و گازها در بخش نزدیک انسداد به وجود می‌آید. انسداد در بخش کولون می‌تواند به نفخ[1] شدید و سوراخ شدگی[2] منجر شود مگر این که گازها و مایعات بتوانند به سمت دریچه ایلئال به سمت عقب جریان یابند. دهیدراتاسیون در انسداد کولون به نسبت انسداد روده کوچک آهسته‌تر رخ می‌دهد، اگر خون‌رسانی مختل شود بافت روده دچار ایسکمی و نکروز شده و این حالت تهدیدکننده حیات خواهد بود.

1- distention 2- perforation

B

تظاهرات بالینی

علائم و نشانه‌ها به آرامی گسترش یافته و بیماری پیشرفت می‌نماید.

- یبوست[1] ممکن است طی روزها تنها نشانه باشد (انسداد در بخش سیگموئید و یا رکتوم).
- شکم نهایتاً به شدت نفخ می‌کند، بخشی از روده متسع شده به صورت حلقه می‌آید که در بخش تحتانی دیواره شکم قابل مشاهده است و بیمار دردهای کرامپی در بخش تحتانی شکم را ابراز می‌کند.
- استفراغ مدفوعی رخ می‌دهد؛ علائم شوک ممکن است بروز نماید.

بررسی و روش‌های تشخیص

علائم و نشانه‌ها به اضافه مطالعات رادیوگرافی (رادیوگرافی‌های شکم در حالت صاف خوابیده و ایستاده؛ مطالعات بلع باریم یا انمای باریم ممنوع می‌باشند).

درمان طبی

- کولونوسکپی به‌منظور برطرف کردن فشردگی مواد دفعی و برداشتن فشار از روده‌ها در صورتی که انسداد شدید در ناحیه کولن باشد انجام می‌شود.
- سکوستومی ممکن است برای بیمارانی که در معرض خطر ضعیف جراحی بوده و نیازمند برطرف‌کردن و تسکین انسداد به‌صورت فوری می‌باشند انجام شود.
- سوند رکتال برای برطرف‌کردن فشار در ناحیه پایین‌تر روده کاربرد دارد.
- درمان معمول برش جراحی است که به‌منظور برطرف‌کردن و برداشتن ناحیه انسداد به‌کار می‌رود. کولوستومی دائمی یا موقت ممکن است ضرورت یابد؛ اگر کولون به‌طور کامل برداشته شود، آناستوموز ایلئوآنال[2] نیز ممکن است انجام شود.

تدابیر پرستاری

- پایش علائم نشانگر وخامت انسداد در روده‌ها.

1- constipation

2- Ileoanal Anastomosis

- تامین حمایت عاطفی و راحتی بیمار.
- برقراری مایعات وریدی و جایگزینی الکترولیت‌ها.
- آماده کردن بیمار برای جراحی در صورتی که به درمان‌های طبی جواب ندهد.
- آموزش قبل از عمل بر حسب حال و روز بیمار.
- مراقبت معمول از زخم شکمی‌به عنوان مراقبت بعد از عمل .
- برقراری مراقبت‌های پرستاری روتین بعد از عمل.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

انسداد روده کوچک Bowel obstruction, small

بیشتر انسدادهای روده (حدود ۸۵٪) در روده کوچک اتفاق می‌افتد. محتویات روده، مایعات و گازها در بخش فوقانی محل انسداد جمع شده و باقی می‌ماند. اتساع و احتباس، جذب مایعات را کاهش داده و باعث تحریک ترشحات معده می‌شود. رفلاکس و تهوع معمولاً رخ می‌دهد. مایعات و الکترولیت‌ها از دست می‌روند. دهیدراسیون و حالت اسیدوز به‌علت از دست رفتن آب و سدیم گسترش یافته، در صورت ائتلاف شدید مایعات ممکن است شوک هایپوولمیک رخ دهد. افزایش نفخ و فشار در قسمت‌های مختلف روده به‌دلیل کاهش فشار در مویرگهای وریدی و شریانی رخ داده و در نتیجه ادم، احتقان و پرخونی و نکروز بافتی و نهایتاً پارگی و پرفوراسیون دیواره روده و در نتیجه پریتونیت رخ می‌دهد. چسبندگی‌ها در بیشتر موارد شایع‌ترین (۶۰٪) علت انسداد است. از دیگر علل موجود می‌توان به فتق‌ها، نئوپلاسم‌ها، پیچ‌خوردگی‌ها، ولولوس و ایلئوس فلجی اشاره نمود.

تظاهرات بالینی

- علائم اولیه معمولاً درد با ماهیت کرامپی که حالتی موج گونه و کولیکی دارد می‌باشد. بیمار ممکن است خون و یا موکوس دفع نماید اما دفع گاز و مدفوع ندارد. حالت تهوع نیز رخ می‌دهد.
- امواج پریستالتیک فوق‌العاده قدرتمند شده و جریان برعکس حالت طبیعی را هدایت می‌کند که در نتیجه منجر به حرکت محتویات معده به سمت

دهان می‌شود که این حالت در صورت انسداد کامل اتفاق می‌افتد.

- اگر انسداد در بخش ایلئوم رخ دهد، استفراغ حاوی مدفوع وجود دارد.
- دهیدراتاسیون موجب تشنگی شدید، خواب آلودگی، ضعف عمومی، احساس درد و ناراحتی می‌شود.
- زبان و غشاءهای مخاطی خشک شده؛ شکم نفاخ می‌شود (انسداد تحتانی دستگاه معدی روده‌ای نفخ بیشتری را موجب می‌شود).
- در صورت عدم اصلاح، شوک به علت دهیدراتاسیون و از دست‌دادن حجم پلاسما ممکن است اتفاق بیفتد.

بررسی و یافته‌های تشخیص

علائم و نشانه‌ها به اضافه مطالعات رادیولوژیک (مقادیر غیرطبیعی گاز و یا مایع در روده‌ها) و مطالعات آزمایشگاهی (محاسبه الکترولیت‌ها و شمارش کامل خون نشان دهنده دهیدراتاسیون و عفونت احتمالی خواهد بود).

درمان طبی

فشار در ناحیه روده‌ها ممکن است با قرار دادن سوند بینی معدی یا سوند روده کوچک بهبود یابد. اگرچه، وقتی که روده به‌طور کامل مسدود شده باشد توجیه و دلیل مناسبی برای ملاحظات جراحی در دست خواهد بود. درمان جراحی به‌علت ایجاد انسداد (به عنوان مثال ترمیم هرنیا) بستگی دارد. قبل از جراحی، درمان وریدی به‌منظور جایگزینی آب، سدیم کلراید، و پتاسیم ضرورت دارد.

تدابیر پرستاری

- حفظ عملکرد سوندهای بینی معدی. بررسی و اندازه‌گیری مواد دفعی سوند بینی معدی، بررسی برهم‌خوردگی تعادل مایعات و الکترولیت‌ها.
- کنترل سطوح تغذیه‌ای. بررسی به منظور بهبود عملکرد روده‌ها (مثل، برگشت صداهای طبیعی روده، کاهش نفخ شکم، بهبود درد و حساسیت شکمی، عبور مواد باقیمانده).
- گزارش علائم غیرطبیعی در جذب و دفع، شدت یافتن و بدتر شدن درد و یا

نفخ شکمی و افزایش خروج محتویات از سوند بینی معدی.
- اگر حال بیمار بهتر نشد، آماده کردن او برای جراحی.
- تامین مراقبت‌های بعد از عمل مشابه مراقبت‌های لازم برای جراحی‌های دیگر شکمی (برای کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت‌های پرستاری قبل و بعد عمل مراجعه نمایید).

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

آبسه‌های مغزی Brain Abscess

آبسه مغزی عبارتست از تجمع مواد عفونی در یکی از بافت‌های مغزی. آن ممکن است در اثر تهاجم مستقیم مغز از سوی ضربات داخل جمجمه‌ای و یا جراحی، به‌وسیله گسترش عفونت از یکی از بخش‌های نزدیک مغز (به‌عنوان مثال، از سینوس‌ها، گوش‌ها و دندان‌ها) و یا به‌وسیله انتشار عفونت از دیگر ارگانها (مثل آبسه ریه، عفونت‌های آندوکاردیت) ایجاد شود. آبسه‌های مغزی ممکن است به‌عنوان عارضه‌ای از برخی فرم‌های مننژیت گزارش شود. و یا عارضه‌ای در بیمارانی باشد که سیستم ایمنی آنها به‌وسیله بیماری یا درمان سرکوب شده است.

پیشگیری

پیشگیری از آبسه‌های مغزی به‌وسیله درمان عفونت‌های گوش میانی، ماستوئیدیت، سینوزیت، عفونت‌های دندانی و درمان فوری عفونت‌های سیستمیک امکان‌پذیر خواهد بود.

تظاهرات بالینی

- به طور کلی علائم در نتیجه ادم، شیفت مغزی، عفونت و یا محل آبسه ایجاد می‌شود.
- سردرد، معمولاً در صبح‌ها شدت یافته، که از شایع‌ترین علائم همراه است.
- استفراغ و علائم عصبی کانونی (مثل ضعف اندامها، کاهش بینایی، حمله تشنج) ممکن است رخ دهد، که بستگی به محل قرارگیری آبسه دارد.
- تغییر در وضعیت ذهنی ممکن است ایجاد شود (مثل لتارژی، گیجی،

B

تحریک‌پذیری، عدم آشنایی به زمان و مکان، رفتارهای ناآشنا).
- تب ممکن تظاهر پیدا کند یا نکند.

بررسی و یافته‌های تشخیص

- توموگرافی کامپیوتری (CT)، اسکن به‌منظور یافتن محل قرارگیری آبسه، و تعیین بهترین زمان ممکن برای مداخله جراحی.
- بررسی رزونانس مغناطیسی (MRI) به‌منظور به دست‌آوردن اطلاعات از ساقه مغز و نمای پشتی مغز.

عوارض

نقص‌های نورولوژیکی به دنبال درمان ممکن است شامل همی‌پارزی، حملات تشنجی، نقص‌های بینایی و فلج اعصاب جمجمه‌ای باشد. عود بیماری شایع است که با خطر بالای مرگ همراه است.

درمان طبی

هدف از درمان تخلیه آبسه است. روشهای درمانی شامل درمان ضدمیکروبی، برش جراحی، یا آسپیراسیون (سوزن و کتترهای استرئوتاکتیک به وسیله CT راهنمایی می‌شوند). داروهای مورد استفاده شامل کورتیکواستروئیدها به‌منظور کاهش التهاب و ادم مغزی به‌اضافه داروهای ضد تشنج می‌باشد که برای جلوگیری از عود حملات استفاده می‌شود (فنی‌توئین ـ فنوباربیتال). جداسازی و خروج آبسه همه با CT کنترل می‌شود.

تدابیر پرستاری

مداخلات پرستاری از درمان طبی حمایت می‌کند، به‌طوری که شامل آموزش فعالیت‌ها به بیمار است که پروسیجرهای نورولوژیکی برای آنها انجام می‌شود. بیمار و خانواده نیازمند توصیه‌هایی درباره نقایص عصبی باقیمانده‌ی بعد از درمان می‌باشند (همی‌پارزی، حملات، نقایص بینایی، و فلج اعصاب جمجمه‌ای). پرستار باید توانایی‌های خانواده را در بیان فشارها در مورد حالت بیمار، تطابق با مشکل بیماری و کمبودها و کسب حمایت بررسی نماید. به

ملاحظات پرستاری ارائه شده در وضعیت‌های نورولوژیکی (به‌عنوان مثال صرع، مننژیت، یا افزایش فشار داخل جمجمه‌ای) مراجعه کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۴، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

تومور مغزی Brain Tumors

تومور مغزی یک ضایعه لوکالیزه‌ی داخل مغزی است که فضایی در جمجمه اشغال می‌نماید. تومورهای مغزی اولیه از سلولها و ساختارهای مغزی ناشی می‌شوند. تومورهای ثانویه یا متاستاتیک مغز از ساختارهای خارج از مغز مثل (ریه‌ها، پستان، دستگاه گوارش تحتانی، پانکراس، کلیه، و پوست [ملانوما]) ناشی شده و از انتشار تومور از این بافت‌ها به‌وجود آمده و حدود ۱۰-۲۰ ٪ سرطان‌ها را در بیماران شامل می‌شود. شیوع بالای تومور مغزی در بالغین بین دهه‌های پنجم تا هفتم زندگی بوده، و در صد خفیفی در مردان نسبت به زنان بیشتر است. تومورهای مغزی ندرتاً به خارج از سیستم عصبی مرکزی متاستاز می‌دهد، اما علت مرگ مبتلایان، آسیب به عملکردهای حیاتی (تنفس) و یا افزایش فشار داخل جمجمه (ICP) می‌باشد. تومورهای مغزی به‌صورت زیر طبقه‌بندی می‌شوند: ۱) مننژیومای عنکبوتیه، که از بافت پوششی مغز منشاء گرفته است؛ ۲) نوروما‌ی صوتی، که در اعصاب جمجمه‌ای ایجاد می‌شوند؛ ۳) گلیوماهای مختلف، با منشاء بافت مغز؛ و ۴) ضایعات متاستاتیک با منشا دیگر بافت‌های بدن. تومورهای جسم پینه‌ای (غدد پینه‌ای)، تومورهای وابسته به غده هیپوفیز و عروق خون مغز هم جزو تومورهای مغزی طبقه‌بندی می‌شوند. تومورها ممکن است خوش‌خیم و یا بدخیم باشند. تومورهای خوش‌خیم ممکن است در نواحی حیاتی ایجادشده و تاثیراتی به نسبت شدیدتر از تومورهای بدخیم داشته باشند.

انواع تومورها

- مننژیوماها که اغلب تومورهای خوش‌خیم کپسولدار سلولهای آراکنوئید در مننژ می‌باشند. رشد آهسته داشته و اغلب در زنان میانسال رخ می‌دهد.
- نوروماهای صوتی (آکوستیک) که تومور عصب جمجمه‌ای شماره ۸

B

(شنوایی و تعادلی) است. ممکن است قبل از این‌که به درستی تشخیص داده شود، اندازه‌اش به‌تدریج بزرگتر شده و قابل توجه باشد.

- گلیوماها، شایع‌ترین نئوپلاسم مغزی بوده، و اغلب نمی‌توان بدون این که اثرات مخرب برجای گذارند، آنرا خارج ساخت چرا که به وسیله انفیلتراسیون به بافت‌های عصبی و مغزی اطراف انتشار می‌یابند.
- آدنوماهای وابسته به غده هیپوفیز ممکن است اثراتی ایجاد کند که منجر به تاثیرات توده‌ای (فشاری) روی ساختارهای مغز (به‌عنوان مثال عصب بینایی و یا بطن سوم) شوند و یا تغییرات هورمونی (گالاکتوری یا بیماری کوشینگ) ایجاد نماید.
- آنژیوماها که توده‌هایی با حجم متعادل بوده و از بافت عروق خونی منشاء گرفته و در سطح مغز یافت می‌شوند؛ آنها ممکن است هیچ گاه علامتی نداشته باشند، و یا علائم تومور مغزی را ایجاد کنند. دیواره‌های رگهای خونی در این حالت نازک بوده، و با افزایش ریسک بالای صدمات عروقی مغز همراه است.

تظاهرات بالینی

علائم عمومی (افزایش فشار داخل جمجمه‌ای)

- سردرد، اگرچه همیشگی نمی‌باشد، اما در صبح‌های زود بسیار رایج است و به‌وسیله سرفه، کشش و یا حرکت یک‌باره بدتر می‌شود. سردردها معمولاً عمقی، منتشر به همراه بی‌حسی توصیف می‌شوند. تومورهای بخش فرونتال موجب ایجاد سردرد دو طرفه فرونتال شوند؛ تومورهای وابسته به هیپوفیز درد دو طرفه در ناحیه گیجگاهی ایجاد می‌کنند و در تومورهای مخچه سردرد ممکن است موضعی باشد که در قسمت زیرین پس‌سر[1] در پشت سر محدود است.
- استفراغ، ندرتاً بعد از دریافت غذا رخ می‌دهد که معمولاً در ارتباط با آزردگی و تحریک مرکز واگ در مدولا یا قشر مغز می‌باشد.
- ادم پاپی (ادم عصب بینایی) نیز با اختلالات بینایی گزارش شده است.

1- Subоccipital

- تغییرات ذهنی (به‌عنوان مثال بی‌حسی و گرفتی و گیجی و حواس پرتی) که اغلب عمومی است ولی می‌تواند موضعی هم باشد.
- ادنومای هیپوفیز می‌تواند علت نشانه‌های عدم تعادل هورمونی و بیماری کوشینگ باشد (به‌عنوان مثال، چاقی مفرط، افزایش فشارخون، بالا رفتن سطح گلوکز خون) به‌علاوه دیگر علایم عمومی.

علائم لوکالیزه (موضعی)

پیشرفت علایم و نشانه‌های گزارش شده مهم هستند چرا که رشد تومور را نشان داده و گسترش آنرا متذکر می‌شوند. شایع‌ترین نشانه‌های موضعی عبارتند از همی پارزی، حملات مکرر تشنجی، تغییرات سطوح ذهنی.

- تومورهای قشر[1] حرکتی: حرکات تشنجی که به یک سمت بدن محدود می‌شود (حملات صرع جکسونین (Jocksonian Seizures)
- تومورهای لوب پس‌سری: ظهور علائم بینایی، مثل همی‌آنوپسیای هومونیموس کنترالترال[2] (از دست‌دادن بینایی نیمه میدان بینایی در سمت مقابل تومور) و توهمات بینایی[3].
- تومورهای مخچه/ یا گوشه‌ها و زوایای کناری مخچه: وزوزگوش[4] و سرگیجه به همراه کری عصبی، کرختی و بی‌حسی و مورمور و سوزش صورت به دنبال اختلال در عملکردهای حرکتی (سرگیجه، آتاکسی، تمایل به سقوط و سرگیجه حین راه رفتن به همراه گرایش به سقوط به طرفی که ضایعه وجود دارد، عدم هماهنگی عضلات و نیستاگموس).
- تومورهای لوب فرونتال: ناسازگاری‌های شخصیتی، تغییر در سطوح احساس و رفتاری و رویکردها و تمایلات ذهنی ناخوشایند.
- تومورهای عصب شنوایی ممکن است باعث سطوحی از کری، وزوز گوش، سرگیجه، تمایل به سقوط و گیج‌زدن حین راه رفتن، احساسات دردناک در صورت و زبان (کرختی و سوزش و مورمور) و درجاتی از ضعف و فلج صورت شوند.

1- Motor cortex

2- Contralateral homonymous hemianopsia

3- Visual hallucinations

4- Tinnitus

B

بررسی و روش‌های تشخیص

- تاریخچه بیماری و چگونگی ظهور علایم و نشانه‌ها.
- معاینات عصبی بیانگر ناحیه درگیر می‌باشد.
- CT اسکن، MRI، روش‌های کمکی کامپیوتری (سه بعدی)، بیوپسی، توموگرافی با انتشار پوزیترون (PET)، آنژیوگرافی مغزی، الکتروانسفالوگرام (EEG) و مطالعات سیتولوژیک در مورد مایع مغزی نخاعی (CSF).

درمان طبی

درمان‌های طبی متفاوتی وجود دارند، که شامل شیمی‌درمانی و پرتودرمانی خارجی که یا به‌طور جداگانه و یا به‌صورت ترکیبی یا جراحی استفاده می‌شود.

درمان جراحی

درمان جراحی به منظور برداشتن و تخریب همه تومور یا بیشترین قسمت آن در صورت امکان بدون برجای‌گذاشتن نقایص عصبی زیاد (فلج، کوری) و یا جهت تقویت تسکین علائم به‌وسیله خروج یک قسمت از تومور (برداشتن فشار در ناحیه) انجام می‌شود. رادیوتراپی، شیمی‌درمانی و یا ترکیبی از این‌ها. ارزیابی و درمان باید هر چه زودتر انجام شود قبل از این که تخریب عصبی دوباره عود نماید. بیشتر بیمارانی که تحت پروسیجرهای جراحی سیستم عصبی قرار گرفته‌اند، بعد نیز تحت رادیوتراپی و شیمی‌درمانی در صورت امکان قرار گرفته‌اند.

درمان‌های دیگر

- کورتیکواستروئیدها برای پیشگیری از ادم بعد از جراحی.
- پیوند مغز استخوانی به‌صورت اتولوگ وریدی برای برطرف‌کردن سرکوب مغزاستخوان که به دنبال استفاده داروها در دوزهای بالا و رادیوتراپی ایجاد می‌شود.
- استفاده از رادیوایزوتوپ (ید I-131) مستقیم در داخل تومور مغزی

(براکی‌تراپی)[1].
- درمان به‌وسیله انتقال ژن‌ها (که هم اکنون در حال آزمایش است).

تدابیر پرستاری

- ارزیابی رفلکس گگ و توانایی بلع بیمار قبل از عمل.
- آموزش به بیمار که غذا و مایعات را مستقیماً از سمت غیرمبتلا بخورد. به بیمار کمک کنید تا راست[2] بنشیند و به او غذای نیمه جامد بدهید، در صورتی که رفکلس گگ کاهش یافته است ساکشن بالای سر بیمار حاضر باشد.
- بررسی دوباره عملکردهای بعد از عمل.
- چک کردن و کنترل عصبی، کنترل علائم حیاتی و دستیابی به ثبت جریان عصبی، بررسی منظم وضعیت بیمار در فواصل معین به‌منظور پیشگیری از افزایش فشار داخل جمجمه‌ای.
- در صورت لزوم آشنا ساختن مجدد بیمار با زمان و مکان و اشخاص. استفاده از وسایل آگاهی دهنده (وسایل شخصی، عکسها، لیست اسامی و ساعت). راهنمایی و کمک در امر مراقبت از خود، و پیشگیری از صدمات.
- به دقت مراقب بیماران تشنجی باشید.
- کنترل عملکرد حرکتی بصورت متناوب، بررسی اختلالات حسی.
- ارزیابی گفتار، بررسی حرکات چشمی، اندازه مردمک‌ها و عکس‌العمل‌های بیمار.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۵، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

برونشکتازی Bronchiectasis

برونشکتازی یک بیماری مزمن، و اتساع غیرقابل برگشت به همراه تخریب مژکهای پاک‌کننده برونش و برونشیول‌هاست. که در نهایت باعث تجمع و باقی‌ماندن ترشحات می‌شود که بعد انسداد و در نهایت کلاپس آلوئولی را در بردارد. برونشکتازی ممکن است به علل متفاوت و گوناگونی ایجاد شود که از

1- Brachytherapy

2- Upright position

B

آن جمله می‌توان به‌عفونت‌های ریوی و انسداد برونش‌ها، آسپیراسیون اجسام خارجی، استفراغ و یا ذرات خارج شده از دستگاه تنفسی افراد دیگر و فشار ناشی از تومورها، اتساع عروق خونی و بزرگی غدد لنفاوی اشاره کرد. برونشکتازی معمولاً در یک لوب یا یک قسمت ریه لوکالیزه می‌باشد (که تکرار این مشکل در لوب‌های تحتانی بیشتر است). و شخص ممکن است قبلاً در معرض برونشکتازی قرار گرفته باشد (تاریخچه عفونت‌های عودکننده سیستم تنفسی، سرخک، آنفلوانزا، سل، بیماری‌های نقص سیستم ایمنی). شخص‌مبتلا به برونشکتازی اغلب موارد دچار برونشیت نیز می‌باشد.

تظاهرات بالینی

- سرفه مزمن و تولید خلط چرکی فراوان که کیفیت لایه‌لایه بودن آن در سه لایه به شرح زیر است:

لایه رویی کف‌آلود است، لایه وسط شفاف و لایه زیرین از ذرات متراکمی تشکیل شده است.

- خلط خونی (هموپتزی)، انگشتان چماقی و عفونت‌های مکرر ریوی.

بررسی و یافته‌های تشخیص

- کلید تشخیص، تاریخچه طولانی سرفه‌های مزمن و زایا همراه با بررسی منفی خلط از نظر باسیل سل است.
- تشخیص بر پایه توموگرافی کامپیوتری (CT) تأیید می‌شود.
- برونکوگرافی نیز در اغلب موارد انجام می‌شود.

درمان طبی

- مراحل درمانی به‌منظور پیشگیری و کنترل عفونت و برقراری درناژ و تخلیه ترشحات برونش‌ها می‌باشد.
- فیزیوتراپی قفسه سینه با دق‌کردن، درناژ وضعیتی، استفاده از خلط‌آورها (اسپکتورانت‌ها) و یا برونکوسکوپی به‌منظور خارج‌کردن ترشحات برونش‌ها انجام می‌شود.
- درمان ضدمیکروبی بر پایه کشت خلط.

- رژیم دوره‌ای و سالیانه از آنتی‌بیوتیک‌ها و در وقفه بین این دوره‌ها استفاده از انواع داروها.
- واکسیناسیون بر ضد آنفلوانزا و پنومونی پنوموکوکال.
- گشاد کننده‌های برونش؛ سمپاتومیمتیک‌ها (آگونیست‌های بتاآدرنژیک).
- افزایش دریافت مایعات خوراکی.
- توقف سیگار کشیدن.
- مداخلات جراحی (برداشتن یک سگمان یا یک لوب و یا کل ریه) مکرراً انجام می‌شود.
- در آماده‌سازی برای جراحی: درناژ وضعیتی مطلوب، ساکشن از طریق برونکوسکوپی و درمان ضدمیکروبی.

تدابیر پرستاری

ملاحظات پرستاری و آموزش به بیمار دچار بیماری انسدادی مزمن ریوی را ببینید و مراقبت‌های قبل و بعد عمل و ملاحظات پرستاری را برای تکمیل اطلاعات و گرفتن اطلاعات بیشتر مطالعه کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۴، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

برونشیت مزمن Bronchitis, chronic

برونشیت مزمن با سرفه‌های خلط‌دار در ۳ ماه از سال برای دو سال متوالی مشخص می‌شود، که علل دیگر دخیل در آن شامل قرارگرفتن طولانی در معرض دود سیگار و یا دیگر آلوده‌کننده‌های محرک راههای هوایی منجر به تجمع بیش از حد موکوس و ترشحات و التهاب، ضخیم شدن دیواره‌های برونشیال‌ها و محدودیت و تنگی در لومن برونشیال می‌شود. عوامل خطر برای برونشیت شامل کشیدن سیگار (عامل خطر اصلی) یا قرارگرفتن در معرض آلوده‌کننده‌ها یا ذرات خطرناک موجود در هوای تنفسی می‌باشد. بیمار دچار افزایش استعداد خطر عود عفونت‌ها در سیستم تنفسی تحتانی خواهد بود.

B

تظاهرات بالینی

- سرفه‌های مزمن، خلط‌دار در ماه‌های زمستان، علامت زودرس؛ سرفه‌ای که با هوای سرد، رطوبت[1]، و محرکات ریه ایجاد می‌شود.
- تاریخچه سیگار کشیدن، عفونت‌های مکرر تنفسی.

بررسی و روش‌های تشخیص

- تاریخچه خانوادگی، قرارگیری در معرض مواد محرک، سیگار کشیدن.
- انجام پالس‌اکسیمتری، گازهای خون شریانی، رادیوگرافی قفسه‌سینه، مطالعات بررسی کارکرد ریوی، شمارش سلولهای‌خونی.

درمان طبی

پیشگیری

- قطع سیگار کشیدن.
- به حداقل رساندن مواجهه با مواد محرک محیطی.
- واکسیناسیون پروفیلاکسی در مقابل آنفلوانزا و پنومونی.
- درمان ضدمیکروبی بلافاصله بعد از اولین علایم خلط چرکی.

درمان

اهداف اصلی درمان باز نگه‌داشتن مجاری برونشی و حفظ عملکرد آنها، تسهیل خروج ترشحات و پیش‌گیری از ناتوانی است .

- توجه به تغییرات خلط (ماهیت، رنگ، مقدار، ضخامت) و الگوی بروز سرفه‌ها.
- درمان عود عفونت‌های باکتریال با آنتی‌بیوتیک تراپی.
- تسهیل خروج ترشحات (برونکودیلاتورها).
- تامین وضعیت مناسب برای خروج ترشحات و درناژ وضعیتی و دق قفسه‌سینه.
- دادن مایعات خوراکی به‌منظور رقیق ساختن ترشحات.
- استفاده از درمان استروئیدی وقتی نارسایی در درمانهای حفاظتی دیده شود.
- بیمار باید سیگار را ترک نماید (به‌علت انقباض و تنگی برونش).

1- Dampness

- توصیه به بیمار به‌منظور اجتناب از محرکات تنفسی (به‌عنوان مثال، استعمال تنباکو).
- ایمن‌سازی در مقابل عوامل ویروسی مشترک و رایج (آنفلوانزا، پنومونی).
- درمان عفونت‌های حاد سیستم تنفسی فوقانی (درمان ضدمیکروبی و مطالعات حساسیتی).

تدابیر پرستاری

جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت‌های پرستاری قبل و بعد و آموزش به بیمار فرد مبتلا به COPD[1] مراجعه نمایید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۴، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Buerger's Disease (Thromboangiitis Obliterans)
بیماری برگر (ترومبوآنژیت انسدادی)

بیماری برگر یک التهاب غیرقابل برگشت وریدها و شریان‌های کوچک و متوسط اندام‌های تحتانی و ندرتاً اندام‌های فوقانی می‌باشد. در نتیجه ترومبوز و گرفتگی عروق ایجاد می‌شود. این باور وجود دارد که برگر یک بیماری واسکولیت خود ایمن باشد. اغلب اوقات در مردان بین سنین ۳۵-۲۰ سال رخ می‌دهد و در بیشتر مناطق جهان یافت شده است. قابل توجه است که سیگار کشیدن و جویدن تنباکو از عوامل ایجادکننده و یا تشدیدکننده بیماری است. بیماری و درگیری عموماً دو طرفه و قرینه همراه با ضایعات کانونی است. ممکن است با ضایعات ترومبوفلبیت سطحی تظاهر یابد.

تظاهرات بالینی

- درد یک علامت برجسته است. بیماران کرامپ در پاها را به ویژه در قوس‌ها، بعد از ورزش (لنگیدن متناوب) تجربه می‌کنند. درد با استراحت تسکین می‌یابد. اغلب درگیری دو طرفه و قرینه است.

1- Chronic obstructive pulmonary Disease

- درد سوزشی با اختلالات و تحریکات عاطفی و نیکوتین و یا لرزش شدت می‌یابد؛ درد انگشتان (انگشتان دست یا پا) به هنگام استراحت، احساس سردی و یا احساس حساسیت به سرما ممکن است جزو نشانه‌های زودرس باشد.
- انواع مختلف پارستزی ممکن است گسترش یافته، نبض‌های رادیال و یا اولنار ممکن است از بین برود یا کاهش یابد.
- تغییر رنگ (قرمزی[1]) در پاها و سیانوز (فقط در یک اندام یا همه انگشتان) وقتی اندام‌ها در حالات خاصی باشند ظاهر می‌شود.
- نهایتاً زخم و گانگرن رخ می‌دهد.

بررسی و روش‌های تشخیص

فشار خون قسمت‌های مختلف عضو، اولتراسونوگرافی داپلر و آنژیوگرافی با ماده حاجب، اغلب برای تشخیص استفاده می‌شود.

ملاحظات سالمندی

در بیماران مسن، بیماری برگر ممکن است به دنبال آترواسکلروز عروق بزرگ بعد از درگیری عروق کوچک اتفاق بیفتد.

درمان طبی

هدف اصلی ارتقای جریان خون اندام‌ها، پیشگیری از بیماری و حفاظت اندام‌ها از تروما و ضربه و عفونت است (به منظور افزایش اطلاعات به درمان طبی بیماری درگیرکننده شریان‌های محیطی مراجعه نمایید)، اقدامات درمانی موارد زیر است:

- توقف کامل مصرف تنباکو.
- بلوک منطقه‌ای اعصاب سمپاتیک یا گانگلیونکتومی، به علت ایجاد اتساع عروقی و افزایش جریان خون.
- دبریدمان محافظتی در مناطقی که دچار زخم و گانگرن شده است برای بافت‌های نکروزه استفاده می‌شود.

1- Rubor

- اگر گانگرن انگشتان توسعه یابد، معمولاً آمپوتاسیون زیر زانو و گاهی بالای زانو لازم است، اندیکاسیون‌های امپوتاسیون بدتر شدن گانگرن (خصوصاً اگر مرطوب و با ترشح باشد)، شدت یافتن درد در حالت استراحت یا عفونت‌های ثانویه ناشی از گانگرن است.
- وازودیلاتورها گاهی تجویز می‌شود (فقط باعث اتساع عروق سالم می‌شوند).

تدابیر پرستاری

برای اطلاعات بیشتر به ملاحظات پرستاری بیماری‌های درگیرکننده و انسدادی شریان‌های محیطی مراجعه نمایید.

صدمات سوختگی — Burn Injury

سوختگی به‌علت انتقال انرژی از منبع گرمایی به بدن اتفاق می‌افتد. عمق صدمه به درجه حرارت منبع سوزاننده و مدت تماس با آن بستگی دارد. سوختگی‌ها به انواع گرمایی (شامل سوختگی‌های الکتریکی)، اشعه‌ای یا سوختگی‌های شیمیایی طبقه‌بندی می‌شوند. آنها به پوست صدمه زده و منجر به افزایش اتلاف مایعات شده، عفونت، هایپوترمی، باقی‌گذاردن اسکار، صدمه به سیستم ایمنی و تغییر در عملکردها، ظاهر و تصویر ذهنی فرد می‌شوند. کودکان کوچک و افراد مسن در ریسک خطر بالای سوختگی قرار دارند، و آنهایی که کمتر از ۵ سال و بیشتر از ۴۰ سال دارند در خطر بالای مرگ بعد از حوادث و صدمات سوختگی هستند. صدمات استنشاقی نیز همراه سوختگی‌های درم پیش‌آگهی را بدتر می‌سازد.

عمق و وسعت سوختگی

عمق

عمق صدمات سوختگی به نوع صدمات، عامل سوختگی، دمای منبع سوزاننده، مدت زمان تماس با عامل و ضخامت پوست بستگی دارد. سوختگی‌ها بر حسب درجه و عمق ضایعاتی که به بافت وارد می‌سازند به‌ترتیب زیر طبقه‌بندی می‌شوند:

B

- سوختگی منطقه‌ای سطحی (مشابه درجه ۱) مثل سوختگی با اشعه‌آفتاب: اپیدرم و احتمالاً قسمتی از درم صدمه می‌بینند.
- سوختگی‌های نسبتاً عمیق (مشابه درجه ۲)، مثل سوختگی تاول‌زا با آب جوش: اپیدرم و بخش‌های فوقانی و عمیق‌تر درم دچار صدمه می‌شود.
- سوختگی‌هایی که کل ضخامت را در بر می‌گیرد (درجه ۳)، مثل سوختگی با شعله یا جریان الکتریکی: اپیدرم، کل درم و گاهی بافت‌های زیرین درم نیز دچار صدمه می‌شود.

گستردگی نواحی و سطح دچار سوختگی

سطح و پهنای ناحیه سوخته به وسیله یکی از روش‌های زیر محاسبه و ارزیابی می‌شود.

- *قانون ۹*[1]: ارزیابی کل سطح سوخته بدن (BSA) به وسیله تقسیم نمودن بدن به مضارب عدد ۹.
- *روش لوند و برودر*[2]: محاسبه رایج‌تر سطح سوختگی بدین صورت است که نسبت و سهم ناحیه سوخته را با توجه به قسمت‌های متفاوت آناتومیک (سر و پاها) مقایسه و تغییرات با رشد سنجیده می‌شود.
- *روش کف دست*[3]: استفاده از ارزیابی سهم ناحیه سوخته با استفاده از اندازه کف دست فرد (حدود ۱ درصد کل سطح بدن فرد) به منظور بررسی وسعت صدمات سوختگی‌های پراکنده.

ملاحظات سالمندی

افراد سالمند در ریسک بالاتری از صدمات سوختگی هستند چرا که دچار کاهش حرکت، تغییرات بینایی و کاهش حس در دست و پا شده‌اند. مرگ و میر گزارش شده ناشی از سوختگی در آنها اغلب خیلی بیشتر از بیماران جوان‌تر است. لاغری و از دست دادن خاصیت ارتجاعی پوست در سالمندان آنها را مستعد صدمات عمیق سوختگی می‌کند، در دمایی که ممکن است برای افراد

1- Rule of Nines
2- Lund and Browder
3- Palm method

جوان سوختگی چندان شدیدی به همراه نداشته باشد.

بیماری‌های مزمن باعث کاهش توانایی سالمندان برای استقامت در برابر فشارهای وارد به سیستم‌های متعدد بدنی در اثر صدمات سوختگی شده، باعث می‌شود که این افراد مسن حتی با سوختگی‌های ناچیز، نیازمند مشاهده دقیق در طی مرحله حاد و اورژانسی باشند. اولیگوری حاد ناشی از نارسایی کلیوی در سالمندان نسبت به بیماران جوان‌تر (زیر ۴۰ سال) بسیار شایع‌تر است. سرکوب پاسخ‌های ایمنی، سوءتغذیه شدید، ناتوانی در ایستادگی در برابر فشارهای متابولیکی (محیط سرد) باعث لطمه به توانایی بیمار برای بهبودی می‌شود. جداشدن اسکار نیز در سوختگی‌های همه لایه‌ها با تأخیر انجام می‌شود.

هشدار پرستاری: برای سالمندان دچار سوختگی، توجه پرستار باید پیوسته پیرامون عملکرد کلیوی بیمار متمرکز باشد. پاسخ‌های عدم تعادل مایعات و نشانه‌های گیجی و اختلالات ذهنی و یا عدم شناخت نیز مورد توجه قرار بگیرد. توجه به تاریخچه داروهای مصرفی در زمان قبل از سوختگی و بیماری‌های زمینه‌ای قبلی ضروری است.

درمان طبی

چهار هدف اصلی برای اداره‌ی سوختگی عبارتند از پیشگیری، ادامه یافتن اقدامات، بررسی‌های ضروری برای حفظ حیات در مورد بیمار دچار سوختگی شدید، پیشگیری از ناتوانی و تغییر شکل و توان بخشی.

فرآیند پرستاری: مرحله اورژانس و احیا

بررسی

- مرور اطلاعات اولیه که توسط افراد قبل از مراجعه به بیمارستان تهیه شده است. در صورت لزوم بررسی زمان وقوع صدمه، مکانیسم سوختگی، در صورتی که سوختگی در محیط بسته انجام گرفته بررسی و کسب اطلاعات در مورد هوای محیط، احتمال استنشاق مواد شیمیایی سمی و هر صدمه مربوط به آن.
- توجه به هر صدمه اصلی که از قبل به بیمار وارد شده: راه هوایی، تنفس،

B

گردش خون (خصوصاً عدم تحرک ستون فقرات و کنترل قلبی)، ناتوانی، در معرض موارد خاص قرار گرفتن، و تعادل و جایگزینی مایع. زخم سوختگی در مرحله دوم توجه قرار دارد، اگرچه ملاحظات آسپتیک برای زخم سوختگی ادامه می‌یابد.

- بررسی وضعیت تنفس به‌عنوان اولین اولویت (تعبیه و بازکردن راه هوایی و کفایت تنفس).
- توجه به هر گونه افزایش خشونت صدا، ویزینگ (استریدور)، سرعت غیرعادی تنفس و عمق غیرطبیعی و یا تغییرات ذهنی ناشی از هایپوکسی.
- ارزیابی جریان‌خون (نبض نوک قلب، کاروتید، فمور). شروع کنترل قلبی اگر نشانه‌ای هست (به‌عنوان مثال صدمات الکتریکی، تاریخچه مشکلات قلبی یا تنفسی یا دیس‌ریتمی‌ها).
- کنترل علائم حیاتی به‌صورت مکرر، استفاده از روش‌های اولتراسوند در صورت لزوم.
- کنترل نبض‌های محیطی در اندام سوخته هر ساعت یکبار، استفاده از داپلر در صورت لزوم.
- کنترل جذب مایعات (مایعات وریدی) و دفع (برون‌ده از سوند ادراری) و اندازه‌گیری آنها هر ساعت. بررسی وزن مخصوص ادرار، PH، پروتئین و هموگلوبین. توجه به‌مقدار ادرار خروجی هنگامی که سوند وارد مثانه شده (بررسی کارکرد کلیه و وضعیت مایعات بیمار قبل از سوختگی).
- فراهم نمودن ترتیبی برای بیمار دچار سوختگی صورت که تحت بررسی‌هایی برای صدمات وارده به قرنیه قرار بگیرد.
- سنجش درجه حرارت بدنی، وزن بدن، تاریخچه وزن قبل از سوختگی، آلرژی‌ها، تتانوس، سیستم‌ایمنی، مشکلات پزشکی داخلی و جراحی بیمار که قبل از سوختگی با آنها درگیر بوده، بیماری‌های عودکننده و داروهای مورد استفاده.
- بررسی عمق زخم و بررسی نواحی صدمه دیده که صدمه کامل است یا یک قسمت را در برگرفته است.
- بررسی سطح عصبی: هوشیاری، سطوح روحی روانی، درد و اضطراب و رفتارهای بیمار.

- بررسی درک و آگاهی‌های بیمار و خانواده از صدمه و درمان، بررسی سیستم‌های حمایتی بیمار، مهارت‌های تطابقی.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- نقص در تبادلات گازی در ارتباط با مسمومیت با منواکسیدکربن، استنشاق دود، انسداد راه‌های هوایی فوقانی.
- پاکسازی غیرمؤثر راههای هوایی در ارتباط با ادم و تاثیرات استنشاق دود و گاز.
- کمبود حجم مایعات در ارتباط با افزایش نفوذپذیری مویرگ‌ها و تبخیر و از دست‌دادن مایع از زخم سوختگی.
- افت دما در ارتباط با از دست دادن جریان خون ظریف پوستی و زخم‌های باز.
- درد در ارتباط با صدمه به بافت و اعصاب و وضعیت عدم تعادل احساسی در مورد سوختگی و صدمات.
- اضطراب در ارتباط با ترس و تأثیرات روانی به‌علت صدمه.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- نارسایی حاد تنفسی.
- گسترش شوک.
- نارسایی حاد کلیوی.
- سندرم کمپارتمان.
- ایلئوس پارالیتیک (فلجی).
- زخم کرلینگ[1].

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی برای مرحله اورژانس و احیا شامل برقراری راه هوایی و اکسیژناسیون بافتی، مایع رسانی کافی و تعادل الکترولیت‌ها و خون‌رسانی به اعضای حیاتی، دمای مناسب بدنی، حداقل درد و اضطراب، عدم وجود

1- Curling's ulcer

B

عوارض است.

مداخلات پرستاری

حفظ تبادلات گازی و تمیزی راه هوایی

- تامین اکسیژن کافی و لازم و کنترل گازهای خون شریانی (ABGs)، پالس اکسیمتری و سطح کربوکسی هموگلوبین.
- بررسی صداهای تنفسی، سرعت تنفس، ریتم، عمق و قرینگی تنفس؛ کنترل هایپوکسی.
- مشاهده علائم صدمات استنشاقی، تاولهای لبها یا مخاط دهان، سوختگی سطحی سوراخ بینی، سوختگی صورت، گردن، و یا قفسه سینه، افزایش خشونت صدا، و یا وجود دوده در خلط یا ترشحات تنفسی.
- کارکرد تنفس، کاهش عمق تنفس، علائم هایپوکسی فوراً به پزشک گزارش شود؛ آماده‌سازی برای کمک به تهویه و یا اسکاراتومی.
- کنترل بیمار تحت تهویه مکانیکی.
- ادامه بررسی‌ها و ارزیابی‌های ریوی: شروع سرفه، تنفس عمیق، تنفس اجباری دوره‌ای با کمک اسپیرومتری و ساکشن تراشه.
- تامین پوزیشن مناسب به‌منظور افزایش خروج ترشحات و بازنگه داشتن راه هوایی به‌منظور حفظ اتساع قفسه‌سینه، استفاده از راه هوایی مصنوعی در صورت نیاز.
- رعایت و حفظ تکنیک استریل به‌منظور پیشگیری از آلوده‌شدن دستگاه تنفسی و عفونت که منجر به افزایش نیازهای متابولیک می‌شود.

بازسازی تعادل مایعات و الکترولیت‌ها

- قراردادن کتترهای بزرگ داخل رگی و سوندهای موقت اداری.
- کنترل علایم حیاتی و برون‌ده ادراری (هر ساعت)، فشار ورید مرکزی، فشار سرخرگ ریوی و برون‌ده قلبی. توجه به گزارش نشانه‌های کاهش حجم یا افزایش حجم مایع.
- تامین مایعات وریدی طبق تجویز و مقایسه آن با برون‌ده ادراری، کنترل جذب و دفع و وزن روزانه.
- بالا بردن سر تخت و اندام مبتلا به سوختگی.

- پایش سطوح الکترولیت‌های سرم (به‌عنوان مثال سدیم، پتاسیم، کلسیم، فسفر، بیکربنات)؛ تشخیص گسترش عدم تعادل مایعات و الکترولیت‌ها.

حفظ دمای بدن در حد نرمال

- تامین محیط گرم: استفاده از حفاظ حرارتی، پتوی بادی، لامپ‌های گرمازا یا پتو.
- بررسی مکرر دمای پایه‌ای بدن و درجه حرارت مرکزی.
- وقتی زخم‌ها باز هستند سریع کار کنید، تا اتلاف درجه حرارت از زخم‌ها حداقل باشد.

کاهش درد و اضطراب

- استفاده از ابزار درجه بندی درد به‌منظور بررسی سطوح درد (از ۱ تا ۱۰).
- انجام بررسی‌های سیستم تنفسی قبل از استفاده از ترکیبات ضددرد برای بیماران دچار عدم تهویه مناسب.
- تجویز ضد دردهای وریدی طبق دستور، و بررسی پاسخ بیمار به دارو.
- بررسی آگاهی و درک بیمار و خانواده از صدمات سوختگی، گسترش و تامین پاسخ‌های فردی برای حمایت بیمار و تطابق خانواده.
- تامین حمایت عاطفی، بیمه، تشریح ساده پروسیجرها.
- تامین تسکین درد، دادن داروهای ضداضطراب اگر بیمار شدیداً مضطرب و بی‌قرار است و بعد از مداخلات روحی روانی باز هم مضطرب است.

پایش و اداره‌ی عوارض احتمالی

- نارسایی حاد تنفس: بررسی افزایش دیس‌پنه، استریدور، تغییر در الگو تنفس؛ کنترل پالس اکسیمتری و ارزیابی ABG به‌منظور یافتن مشکلات اشباع O_2 و افزایش Co_2، کنترل رادیوگرافی قفسه‌سینه، بررسی به‌منظور هایپوکسی مغزی (به‌عنوان مثال، خستگی، گیجی)؛ گزارش فوری بدتر شدن وضعیت تنفس به پزشک، آمادگی در مواقع نیاز برای کمک به تهویه یا اسکاراتومی.
- شوک گسترشی: کنترل علائم زودرس شوک (کاهش برونده ادراری، برونده قلبی، فشار سرخرگ ریوی، فشار سرخرگهای انتهایی ریوی، فشار وج،

B

فشارخون و یا افزایش تعداد نبض) یا پیشرفت ادم. در پاسخ به یافته‌های جسمی و فیزیکی طبق دستور اعمال مایع درمانی، ادامه کنترل سطوح مایع.

- نارسایی حاد کلیوی: کنترل و گزارش برونده غیرطبیعی ادراری و کیفیت آن، نیتروژن اوره خون (BUN) و سطوح کراتینین؛ بررسی هموگلوبین ادرار یا میوگلوبین؛ مایع‌رسانی طبق دستور.
- سندرم کمپارتمان: بررسی وضعیت عصبی عروقی اندام‌ها هر ساعت (گرمی، بازگشت عروقی مویرگی، حس و حرکت) با گزارش هرگونه درد در اندامها، ناپدید شدن نبض‌های محیطی و یا از دست دادن حس. بعد از هر محاسبه فشارخون کاف را باز نمایید، اندامهای سوخته بالا قرار گیرند، آمادگی برای کمک در مورد اسکاروتومی.
- ایلئوس فلجی: قرار دادن سوند بینی معدی و انجام ساکشن با دور پایین تا زمانی که صداهای روده باز گردند، بررسی معمول شکم در مورد نفخ و صداهای روده، شروع تغذیه دهانی هر چه زودتر وقتی که ایلئوس برطرف شد.
- زخم کرلینگ: بررسی مواد آسپیراسیون معدی در مورد PH و خون؛ بررسی مدفوع از نظر خون مخفی، دادن آنتی‌اسید و بلاک‌کننده‌های گیرنده‌های هیستامین (به‌عنوان مثال رانیتیدین[1] [زانتاک[2]]) طبق تجویز.

فرآیند پرستاری: مرحله حاد و میانی

مرحله حاد یا میانی از حدود ۴۲ تا ۷۲ ساعت بعد از آغاز صدمه سوختگی شروع می‌شود. مراقبت از زخم سوختگی و کنترل درد باید در این مرحله انجام شود.

بررسی

- توجه به تغییرات همودینامیک، بهبود زخم‌ها، درد و پاسخ‌های روحی - اجتماعی، علائم زودرس عوارض.
- ارزیابی مکرر علائم حیاتی؛ تنفس و وضعیت مایعات و تغییرات شدید آنها.
- به علت کاهش جریان خون، بررسی نبض‌های محیطی به‌صورت مکرر برای چند روز اول بعد از سوختگی.

1- Ranitidine 2- Zantac

- مشاهده الکتروکاردیوگرام برای یافتن دیس‌ریتمی‌هایی که نتیجه عدم تعادل پتاسیم می‌باشند، وجود سابقه‌ی بیماری قلبی، یا تاثیرات صدمه الکتریکی یا شوک ناشی از سوختگی.
- بررسی حجم باقیمانده معده و PH در بیماران دارای سوند بینی معدی (برای یافتن سریع عفونت یا نیاز به درمان با آنتی‌اسید).
- توجه و گزارش خون در مایعات معده یا مدفوع.
- بررسی زخم: اندازه، رنگ، بو، آبسه و یافتن اطلاعات در مورد اسکار، شروع به رشد اپیتلیال، خون‌ریزی، ظهور بافت گرانوله، بهبود گرفت و بخش‌های دانور (دهنده)، و کیفیت پیوند انجام شده، گزارش تغییرات قابل ذکر در زخم به پزشک.
- توجه به درد و واکنش‌های روانی ـ اجتماعی، وزن بدنی روزانه، جذب کالری کافی، هیدراسیون عمومی، الکترولیت‌های سرمی، هموگلوبین و سطوح هماتوکریت.
- بررسی وجود خون‌ریزی فعال در مناطق تحت جراحی و دبریدمان.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- افزایش حجم مایعات در ارتباط با تغییر در نفوذپذیری مویرگ‌ها و شیفت مایعات از فضای بین سلولی به سمت فضای داخل مویرگی.
- خطر عفونت در ارتباط با از دست دادن سد پوستی و تخریب مکانیسم‌های پاسخ ایمنی.
- عدم تعادل تغذیه‌ای: کمتر از نیازهای بدنی در ارتباط با هایپرمتابولیسم و نیازهای بهبود زخم.
- اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با زخم‌های باز سوختگی.
- درد در ارتباط با آسیب به اعصاب، بهبود زخم، و درمان.
- اختلال در تحرک جسمی در ارتباط با زخم‌های سوختگی، ادم، درد، انقباض مفاصل.
- تطابق غیرموثر در ارتباط با ترس و اضطراب، و فشار مراقبین به‌منظور بازیابی سلامتی.

B

- اختلال در روابط و الگوهای خانوادگی در ارتباط با صدمات سوختگی.
- کمبود آگاهی و اطلاعات در مورد درمان سوختگی

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- نارسایی قلبی و ادم ریوی.
- عفونت.
- نارسایی حاد تنفسی.
- سندرم دیسترس حاد تنفسی (ARDS[1]).
- نقص و آسیب بینایی (سوختگی‌های الکتریکی).

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی شامل تعادل نرمال مایعات، عدم پیدایش عفونت، سطوح آنابولیک و وزن نرمال، بهبود تمامیت پوستی، تسکین درد و ناراحتی، تحرک جسمی مناسب، تطابق کافی بیمار و خانواده، دانش کافی بیمار و خانواده در مورد درمان سوختگی و عدم پیدایش عوارض. دستیابی و تقویت این اهداف نیازمند همکاری و نظم تیم درمان در کنترل بیماری است.

مداخلات پرستاری

بازسازی تعادل مایعات

- کنترل دریافت مایعات وریدی و دهانی؛ استفاده از پمپ‌های انفوزیون به‌منظور کنترل دقیق مایعات داده شده.
- اندازه‌گیری جذب و دفع و وزن روزانه.
- گزارش تغییرات همودینامیک (شریان ریوی، فشار وج، فشار ورید مرکزی، فشارخون، سرعت نبض) و برونده اداری (کمتر از ۳۰ میلی‌لیتر در ساعت) به پزشک.
- دادن دوز پایین دوپامین طبق تجویز به‌منظور افزایش خون‌رسانی کلیوی و دادن دیورتیک‌ها به‌منظور ارتقای و افزایش برونده ادراری؛ بررسی پاسخ بیمار.

1- Acute Respiratory Distress syndrome

B

پیشگیری از عفونت

- تأمین محیط ایمن و پاکیزه؛ حفاظت بیمار از منابع آلودگی (به عنوان مثال ملاقات‌کنندگان، دیگر بیماران، پرستار، تجهیزات).
- توصیه بیمار به اجتناب از لمس و دست‌کاری زخم‌ها و پانسمان‌ها، حمام نواحی غیرسوخته (سالم) و تعویض لباسها و ملافه‌ها به‌صورت معمول و روتین.
- رعایت تکنیک‌های استریل در مورد زخم و مراقبت از آن و پروسیجرهای تهاجمی.
- مراقبت و توجه کامل زخم برای حفاظت از عفونت و یافتن نشانه‌های زودرس عفونت، کنترل نتایج کشت و شمارش گلبول‌های سفید.

برقراری تغذیه کافی

- شروع آهسته مایعات از دهان هنگامی که صداهای روده‌ای برگشت.
- همکاری با متخصص تغذیه برای برنامه‌ریزی رژیم پر پروتئین و پرکالری به‌منظور کمک به بیمار، تشویق خانواده به آوردن غذاهای مورد علاقه بیمار، تأمین تغذیه و ویتامین‌ها و نیازهای مواد معدنی بیمار.
- ثبت کالری دریافتی. قرار دادن سوند تغذیه‌ای اگر اهداف تامین کالری با تغذیه از راه دهان برآورده نشد (برای تغذیه‌ی مداوم یا بولوس)؛ توجه به حجم باقیمانده. تغذیه کامل وریدی (TPN) ممکن است لازم باشد.
- بیمار را روزانه وزن کرده و روی نمودار ببرید.
- تشویق بیمار دچار تهوع به افزایش دریافت غذا، تامین محیطی مطلوب هنگام صرف غذا، آماده کردن غذای مورد علاقه، تامین و دادن ذخیره پروتئین بالا، اسنکها و میان وعده‌های پرویتامین.

ارتقای تمامیت پوستی

- بررسی وضعیت زخم.
- حمایت بیمار در زمان مراقبت‌های دردناک و وارد شدن دیسترس‌ها.
- هماهنگی در مراقبت از زخم و تعویض پانسمان.
- بررسی و ثبت هر تغییر و بهبودی در ترمیم زخم، اطلاع به همه اعضای تیم مراقبت سلامتی در مورد تغییرات زخم و یا درمان.

B

- کمک، حمایت، تشویق بیمار و خانواده به شرکت فعال در تعویض پانسمان و مراقبت از زخم.
- خیلی زود، کمک و تقویت بیمار و خانواده به‌منظور آماده‌سازی برای ترخیص و مراقبت‌های منزل.

تسکین درد و ناراحتی

- آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی به بیمار، دادن ضددرد هنگام مراقبت از زخم، تامین حمایت‌های مکرر.
- استفاده از لیست راهنما به‌منظور اجازه دادن به بیمار تا به درد عکس‌العمل نشان داده، آنرا توصیف نماید. شیوه‌های حواس پرتی، خواب مصنوعی، بیوفیدبک، و رفتار درمانی اغلب مفید هستند.
- دادن داروهای ضداضطراب خفیف و ترکیبات ضددرد قبل از شدت یافتن درد. بررسی و ثبت عکس‌العمل‌های بیمار به دارو درمانی، بررسی مکرر درد و ناراحتی.
- هنگام کامل کردن درمان و تعویض پانسمان سرعت عمل لازم است، تشویق بیمار به استفاده از مسکن قبل از پروسیجرهای دردناک.
- ارتقای راحتی در حین مرحله بهبودی با اعمال زیر: ترکیبات ضد خارش[1] خوراکی، محیط خنک، نرم کننده‌های پوستی، تمرین و استفاده از آتل به‌منظور پیشگیری از انقباض و جمع شدگی پوست و انجام فعالیت‌های متنوع.

ارتقای تحرک جسمانی

- پیشگیری از عوارض بی‌حرکتی (آتلکتازی، پنومونی، ادم، زخم‌های فشاری، انقباض و اسپاسم) به‌وسیله انجام تنفس عمیق، حرکت، تغییر وضعیت مکرر.
- تعدیل مداخلات به‌منظور درک نیازهای بیمار، تشویق به این‌که هر چه زودتر بنشیند و حرکت کند، وقتی پاها درگیر است استفاده از بانداژ الاستیک قبل از کمک به بیمار برای قرارگیری در وضعیت عمود و قائم.
- انجام اعمالی تهاجمی به‌منظور پیشگیری از انقباض و اسکارهای

1- Antipruritic agents

هایپرتروفیک در ناحیه زخم بعد از این‌که زخم بسته شده، برای یکسال یا بیشتر.
- تقویت تمرین‌های فعال و غیرفعال با حفظ محدودیت‌هابه‌منظور حفظ آسیب‌دیدگی دامنه حرکتی تا زمانی که پیوند انجام شود.
- استفاده از آتل یا دیگر ابزار عملکردی برای اندام‌ها به‌منظور کنترل انقباضات؛ کنترل علائم نارسایی عروقی و تحت فشار قرارگرفتن اعصاب.

تقویت استراتژی‌های تطابق (از عهده برآیی)
- کمک به بیمار به‌منظور توسعه استراتژی‌های تطابقی: انجام رفتارهای خاص، تقویت برقراری ارتباط صادقانه به‌منظور ایجاد اطمینان، کمک به بیمار به انجام استراتژی‌های تطابقی، ارایه تقویت مثبت وقتی شایسته و لازم است.
- اثبات پذیرش بیمار. لیست کردن بیمارانی که به مشکل دچار نشده‌اند برای بیمار به‌منظور تخلیه احساسات بدون ترس از تلافی کردن.
- بیمار را در تصمیم‌گیری شرکت دهید تا در مراقبت از خود همکاری کند. تشویق بیمار به ابراز وجود فردی و تمایلات و ترجیحات. ایجاد یک امیدواری واقعی برای مراقبت از خود.

فرآیندهای حمایت از بیمار و خانواده
- حمایت و راهنمایی بیمار و خانواده به بیان کلامی یا غیرکلامی نگرانی‌ها.
- هدایت خانواده در راهی که از بیمار حمایت کنند.
- انجام کارهای اجتماعی و یا روحی روانی که بیمار ترجیح می‌دهد برحسب نیاز.
- تامین اطلاعات در مورد مراقبت‌های سوختگی و شیوه‌های درمان.
- آموزش به بیمار و خانواده حین کنترل و درمان سوختگی، بررسی و مقایسه شیوه‌های یادگیری؛ بررسی توانایی دریافت و تطابق با اطلاعات، از بین بردن موانع یادگیری در زمان برنامه‌ریزی و اجرای آموزش.

پایش و اداره‌ی عوارض احتمالی
- نارسایی قلبی: بررسی کاهش برونده قلبی، اولیگوری، بیرون‌زدگی و برجستگی ورید ژوگولار، ادم، شنیدن صداهای S3 و S4.

B

- ادم ریوی: بررسی افزایش فشارورید مرکزی (CVP)، فشارشریان ریوی و فشار وج، کراکل؛ گزارش موارد غیرطبیعی، پوزیشن راحت با سر بالاتر در صورتی که منعی نداشته باشد. اجرای دارودرمانی و دادن اکسیژن طبق دستور و بررسی پاسخ بیمار.
- سپسیس: بررسی افزایش درجه حرارت، افزایش نبض، پهن شدن فشار نبض، پوست خشک در محل‌های غیرسوخته (علامت زودرس) و توجه به روند داده‌ها، آماده‌سازی زخم و کشت خون طبق دستور. دادن آنتی‌بیوتیک‌ها سر وقت.
- نارسایی حاد تنفسی و ARDS: کنترل وضعیت تنفسی و دیس‌پنه، تغییر در الگوی تنفس، سمع صداهای طبیعی و غیرطبیعی، بررسی کاهش حجم و کمپلیانس ریوی در بیماران تحت تهویه مکانیکی. در ARDS بیمار دچار هیپوکسمی در ۱۰۰٪ اکسیژن بوده و کاهش کمپلیانس ریوی و شانت معنی‌دار است. توجه پزشک باید معطوف به وضعیت تنفس باشد.
- آسیب احشایی (در نتیجه سوختگی‌های الکتریکی): کنترل ECG و گزارش دیس‌ریتمی‌ها، توجه به درد در ارتباط با ایسکمی عضلات عمقی ضروری است و گزارش آن. پی‌بردن در اوایل کار ممکن است شدت این عارضه را به حداقل برساند. فاشیاتومی ممکن است به‌منظور برطرف‌کردن ادم و ایسکمی در عضلات و فاشیا ضروری باشد؛ کنترل بیمار در مورد از دست دادن خون و کاهش حجم‌خون بعد از فاشیاتومی ضروری است.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

- به رسمیت شناختن نقش‌های خانواده که به‌علت انتقال بیمار به مرکز سوختگی مختل شده‌اند؛ بسیاری از مراکز از منزل دور هستند، ترکیب نقش‌های مختل شده.
- دادن اطلاعات به بیمار و خانواده در مورد مراقبت‌های سوختگی و شیوه‌های درمان.
- بررسی توانایی‌های بیمار و خانواده‌اش به‌منظور طرح محتویات آموزشی؛ البته قبل از این که آنها بتوانند تطابق پیدا کنند نباید اطلاعات بیشتر را به آنها انتقال داد.

B

ارزشیابی

نتایج مورد انتظار از بیمار.

- دستیابی به تعادل مایعات.
- هیچ عفونت سیستمیک یا موضعی را تجربه نکند.
- سطوح تغذیه‌ای و آنابولیک نرمال را نشان دهد.
- ارتقای تمامیت پوست را نشان دهد.
- حداقل تجربه درد را داشته باشد.
- تحرک متعادل را نشان دهد.
- استفاده موثر از استراتژی‌های تطابقی به‌منظور کنار آمدن با مشکلات بعد از سوختگی.
- بیمار و خانواده برخوردی مناسب داشته باشند.
- درک از شیوه‌های درمان را بیان کند.
- هیچ عارضه‌ای را تجربه نکند.

فرآیند پرستاری: بازتوانی و مرحله درازمدت

بلافاصله بعد از رخ‌دادن سوختگی، بازتوانی باید آغاز شود. بهبود زخم، حمایت روحی اجتماعی، جایگزینی حداکثر فعالیت‌های عملکردی مهم است. تامین تعادل مایع و الکترولیت‌ها و بهبود سطوح تغذیه‌ای و ادامه آنها مهم است.

بررسی

- در بررسی اولیه، کسب اطلاعات در مورد سطح دانش و تحصیلات بیمار، شغل، فعالیت‌های روزمره، زمینه فرهنگی، دین، و تعاملات خانوادگی ضروری است.
- بررسی برداشت از خود (مفهوم خود)، وضعیت روانی، واکنش‌های احساسی و عاطفی نسبت به صدمات و بستری شدن در بیمارستان، سطوح عقلانی عملکردی، بستری‌شدن در گذشته، پاسخ به درد و اندازه‌گیری تسکین درد، و الگوی خواب.
- انجام بررسی در مورد اهداف بازتوانی شامل دامنه حرکتی مفاصلی که تحت تاثیر قرار گرفته است، توانایی‌های عملکردی در زندگی و فعالیت‌های

B

روزمره (ADLs)، علائم زودرس شکنندگی پوست در آتل‌ها و یا لوازمی که برای دادن پوزیشن به‌کار رفته، پیشگیری از نوروپاتی‌ها، تحمل فعالیت، وضعیت بهبود پوست.

- ثبت مشارکت و توان مراقبت از خود در مورد زخم‌ها، آمپوتاسیون و تغذیه.
- حفظ درک مطالب و ادامه بررسی‌ها به منظور پیشگیری از عوارض زودرس، با بررسی‌های مخصوص که برای درمان‌های اختصاصی لازم است، مثل بررسی‌های بعد از عمل بیمار تحت جراحی و درمان اولیه.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- عدم تحمل فعالیت در ارتباط با درد بعد از تمرینات، محدودیت حرکت مفاصل، تحلیل رفتن عضلات، محدودیت در تحمل.
- صدمه و اختلال در تصویر ذهنی در ارتباط با ظاهر و مفهوم خود.
- دانش و آگاهی ناکافی در مورد مراقبت‌های بعد از ترخیص در منزل و نیازهای پیگیری.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- انقباض و جمع‌شدگی.
- تطابق ناکافی روحی با صدمات سوختگی.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف شامل افزایش مشارکت در امور روزمره زندگی (ADLs[1]) می‌باشد؛ افزایش درک و آگاهی در مورد صدمات، درمان، برنامه‌ریزی به‌منظور پیگیری مراقبت‌ها، سازگاری با تغییرات بدنی به‌منظور تغییر تصویر ذهنی، مفهوم خود، و شیوه‌های زندگی و عدم وجود عوارض.

1- Activity Daily Livings

مداخلات پرستاری

ارتقا و بهبود تحمل فعالیت‌ها

- فهرست و زمان‌بندی مراقبت‌ها به‌منظور داشتن زمانهای خواب بدون مزاحمت، استفاده از ترکیبات خواب آور طبق تجویز به‌منظور بهبود خواب.
- آگاهی در مورد برنامه‌های مراقبتی به خانواده و دیگر دریافت‌کنندگان مراقبت.
- کاهش فشارهای متابولیکی به‌وسیله تسکین درد، پیشگیری از لرز یا تب، حفظ تمامیت پوستی همه قسمت‌های بدن به‌منظور کمک به حفظ انرژی و ذخیره آن. کنترل خستگی، درد، و تب به‌منظور تعیین مقدار فعالیتی که روزانه می‌تواند انجام دهد.
- افزایش تمرین‌های حرکت‌درمانی به‌منظور پیشگیری از آتروفی عضلانی و تقویت نیازهای حرکتی برای فعالیت‌های روزانه.
- تامین حمایت مثبت، افزایش تحمل فعالیت با لیست کردن فعالیت‌ها و تنظیم زمان‌بندی آنها در دوره‌هایی با افزایش مناسب.

بهبود تصویر ذهنی و مفهوم خود

- ارجاع بیمار به یک گروه حمایتی به‌منظور توسعه استراتژی تطابق تا بتواند با فقدان‌هایش راحت‌تر کنار بیاید.
- بررسی واکنش‌های روحی ـ اجتماعی، تامین حمایت و طراحی نقشه‌ای برای کمک به بیمار جهت ابراز احساساتش. ساختن یک تصویر ذهنی سلامت و مفهوم خود برای کمک به واکنش‌های بیمار نسبت به مردمی که در مورد صدمه از او سؤال می‌کنند.
- حمایت بیمار به‌وسیله ژست‌ها و حالات جزئی مثل ترتیب‌دادن یک کیک تولد، شانه کردن موهای بیمار قبل از ملاقات با افراد، و تقسیم اطلاعات و آگاهی‌ها به‌منظور تقویت حضور او.
- آموزش راه‌های توجه مستقیم برای دور شدن از تغییر شکل‌های بدنی و توجه به اصل خود.
- همکاری و هماهنگی در کار درمان، مثل روان پزشک، مددکار اجتماعی، و معلمین در طی دوران بازتوانی.

B

پایش و اداره‌ی عوارض احتمالی

- انقباض: تامین به موقع و مناسب کاردرمانی و فیزیوتراپی؛ حمایت بیمار برای تقویت و بهبود دامنه حرکتی اگر جراحی ضروری است.
- بهبود و برقراری سازگاری روحی - روانی در مقابله با صدمه سوختگی؛ به محض ظهور مشکلات اصلی تطابقی ارجاع به متخصص روانی و روانشناس برای کمک به حل مشکل.

پیشبرد مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- در مراحل مراقبت از سوختگی، باید بیمار و خانواده او را جهت مراقبت در منزل آماده کرد. معیارها و روش‌ها باید آموزش داده شوند.
- اصول مربوط به مراقبت از زخم، پیشگیری از عوارض، درمان درد و تغذیه باید به صورت کتبی و شفاهی آموزش داده شود.
- اعضای خانواده بیمار را برای برنامه‌ریزی مراقبت از بیمار طبق تمایل و توانایی‌هایشان و نیاز بیمار، به حساب آورید. آنها را تشویق کنید که برای ادامه‌ی درمان زخم تلاش کنند.
- در صورت ناکافی بودن سیستم حمایتی مراقبتی بیمار در منزل، او را به مراکز مراقبت در منزل ارجاع دهید تا مراقبت از زخم و انجام تمرین‌های لازم را به عهده گیرند.
- تمرین‌های ضروری برای بیمار و استفاده از پوشش فشاری الاستیکی و اسپلینت‌ها را به او آموزش دهید.
- وضعیت بیمار را برای مراقبت در منزل یا آماده شدن برای جراحی مجدد ارزشیابی کنید.

ارزشیابی

یافته‌های مورد انتظار از بیمار

- تحمل لازم نسبت به فعالیت برای انجام کارهای روزانه را نشان دهد.
- سازگاری با تصویر ذهنی جدید.
- دانش لازم برای مراقبت از خود و مراقبت‌های پیگیری را به اثبات رساند.

B

● هیچ عارضه‌ای را نشان ندهد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۷، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.



سرطان Cancer

سرطان بیماری است که وقتی سلول غیرطبیعی به‌وسیله جهش ژنتیکی در DNA تغییر شکل می‌یابد ایجادشده و روند بیماری آغاز می‌شود.

پاتوفیزیولوژی

وقتی سلولی جهش‌یافته شکل گرفت، شروع به تکثیر غیرطبیعی، بدون توجه به سیگنال‌های معمولی رشد در محیط سلول می‌نماید. سلول‌ها بعد ماهیت تهاجمی می‌یابند، و تغییرات در دور و بر سلول و بافت رخ می‌دهد. سلول‌ها در بافت انتشار یافته و به لنف و عروق خونی وارد می‌شوند، که آنها نیز سلول‌ها را به دیگر مناطق و بقیه قسمتهای بدن حمل می‌کنند. این روند متاستاز نام دارد (انتشار سرطان به دیگر قسمتهای بدن).

سلول‌های سرطانی به‌عنوان نئوپلاسم‌های بدخیم شناسایی شده و طبقه‌بندی و نام‌گذاری آن‌ها برطبق بافت مبداء است. نارسایی سیستم ایمنی جهت تخریب و مقابله کامل با سلول‌های غیرطبیعی، که به این سلول‌ها اجازه می‌دهد به اندازه‌ای بزرگ شوند که به‌وسیله سیستم ایمنی طبیعی قابل کنترل نیستند. البته طبقه‌بندی ترکیبات یا فاکتورهایی که در کارسینوژنز (شکل‌گیری بدخیمی) نقش دارند، شامل ویروسها، ترکیبات فیزیکی، ترکیبات شیمیایی، فاکتورهای ژنتیکی یا خانوادگی، عوامل تغذیه‌ای و ترکیبات هورمونی می‌باشند.

سرطان دومین علت مرگ در ایالات متحده است، با توجه به این‌که اغلب سرطان‌ها در مردان و زنان بالای ۶۵ سال اتفاق می‌افتد. البته سرطان شیوع بیشتری در کشورها و ملل صنعتی دارد.

تظاهرات بالینی

- سلول‌های سرطانی از یک عضو یا یک بخش بدن به وسیله تهاجم و متاستاز به دیگر بافتها انتشار می‌یابند؛ بنابراین تظاهرات به سیستم مبتلا به سرطان و درجه تخریب بستگی دارد (انواع خاص سرطان را ببینید).
- عموماً، سرطان باعث ایجاد آنمی، ضعف، کاهش وزن (دیسفاژی، بی‌اشتهایی، انسداد)، و درد (اغلب در مراحل آخر) می‌شود.
- نشانه‌ها به‌علت تخریب و آسیب بافت و جایگزینی بافت سالم با بافت سرطانی غیرعملکردی یا بافت سرطانی بیش از حد تکثیرشونده ایجاد می‌شود. (به‌عنوان مثال آسیب مغز استخوان و آنمی یا افزایش تولید فرآورده‌های استروئیدی آدرنال)؛ و فشار روی بافتهای اطراف ساختارهای بدنی، سبب افزایش نیازهای متابولیک، و آسیب به تولید گلبول‌های خونی می‌شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

غربالگری به‌منظور درمان زودرس سرطان معمولاً بر پایه شیوع بالا و یا افزایش سرعت بهبودی و بقا در سرعت موارد تشخیص زودهنگام متمرکز است. مثالهایی از این نوع سرطان‌ها شامل سرطان پستان، کولورکتال، سرویکس، اندومتر، بیضه، پوست، و سرطان‌های دهان و حلق می‌باشند. بیماران دارای شانس ابتلا به سرطان باید در زمینه‌های زیر بررسی شوند:

- برای تعیین وجود تومور و بررسی وسعت آن.
- برای بررسی احتمال انتشار (متاستاز) بیماری یا تهاجم به بافتهای دیگر بدن.
- ارزیابی عملکرد بافتها و ارگانها و سیستم‌های درگیر و غیردرگیر.
- برداشت سلول‌ها و بافت به منظور بررسی و آنالیز، از جمله مرحله تومور (اندازه تومور، درجه متاستاز، و رتبه [طبقه‌بندی، به‌عنوان مثال مرحله TNM]).

تست‌های تشخیصی ممکن است شامل (تصویربرداری رزونانس مغناطیسی [MRI]، اسکن توموگرافی کامپیوتری [CT]، فلوروسکوپی، توموگرافی با انتشار پوزیترون [PET]، استفاده از رادیو ایمیونها، اولتراسونوگرافی) و بیوپسی باشد.

C

طبقه‌بندی سیستم TNM

مرحله‌بندی

تومورها برطبق اندازه، درگیری غدد لنفاوی، و متاستاز مرحله‌بندی می‌شوند. مرحله‌بندی به‌وسیله شاخص TNM انجام می‌شود: T نشان‌دهنده تومور اولیه، N: غددلنفاوی درگیر و M، متاستاز (جدول C-1 را به‌منظور دریافت خلاصه‌ای از مراحل تومور ملاحظه نمائید).

کادر C-1 ← مراحل تومورها

مرحله I: تومور کوچک‌تر از 2cm، بدون هیچ درگیری در غددلنفاوی. بدون متاستاز قابل ردیابی.

مرحله II: تومور بزرگ‌تر از 2cm ولی کوچکتر از 5cm؛ با درگیری یا عدم درگیری غدد لنفاوی متحرک، بدون متاستاز قابل ردیابی.

مرحله III: تومورهای حجیم بزرگتر از 5cm یا تومور با هر اندازه‌ای با تهاجم به پوست یا دیواره قفسه سینه، یا درگیری غددلنفاوی ثابت در ناحیه ترقوه. بدون شواهدی از متاستاز.

مرحله IV: تومور با هر اندازه، با درگیری یا عدم درگیری غدد لنفاوی، و متاستاز به اطراف دوردست.

مقادیر آزمایشگاهی

- شناسایی شاخص‌ها یا نشانگرهای تومور ممکن است در برخی سرطان‌ها مفید باشد.
- شمارش کامل سلول‌های خون، الکترولیت‌ها، سطوح هورمونی، مطالعه آنزیم‌های کبدی، بهتر و بیشتر از دیگر بررسی‌های شیمیایی به شناخت تأثیرات ثانویه تومورها کمک می‌کند (به‌عنوان مثال آنمی و نوتروپنی).

درمان طبی

دامنه اهداف درمان ممکن است شامل نابودی کامل بیماری بدخیم (درمان)، طولانی شدن بقا و جلوگیری از رشد سلول سرطانی (کنترل)، و تسکین و کاهش نشانه‌های گزارش شده بیماری (تسکین) باشد.

- انواع گوناگونی از درمان ممکن است استفاده شود، از جمله جراحی (به‌عنوان مثال: جراحی اندوسکوپیک به کمک ویدئو، جراحی بازیافتی، الکتروسرجری، کرایو سرجری، شیمو سرجری، یا جراحی با لیزر).

جراحی ممکن است پیش‌گیری‌کننده باشد، یا تسکینی، و یا با هدف بازسازی انجام گردد. هدف از جراحی برداشتن تومور تا جای ممکن می‌باشد.

- درمان با اشعه و شیمی‌درمانی ممکن است به تنهایی یا بصورت ترکیبی استفاده شود.
- ارزیابی پاسخ بیولوژیک (BRM)[1] ممکن است در زمانهای مختلف همراه درمان استفاده گردد.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به سرطان

بررسی

عفونت

- بررسی بیمار از نظر مشکلات ثانویه، مثل عفونت، کاهش شمارش گلبولهای سفید (WBC)، خونریزی، مشکلات پوستی، مشکلات تغذیه‌ای، درد، خستگی، و استرس روحی - روانی.
- بررسی فاکتورهایی که ممکن است عفونت را تشدید کند، مثل آسیب پوستی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، و دیگر درمانها، بدخیمی، دارودرمانی، سن، بیماریهای مزمن، خط داخل وریدی، سوندهای ادراری، و دیگر پروسجرهای تهاجمی.
- کنترل و بررسی نتایج آزمایشگاهی (مثلاً، شمارش گلبولهای سفید در لکوپنی و یا نوتروپنی).
- بررسی مکرر محلهای رایج بروز عفونت (مثل: حلق، پوست، ناحیه پرینه، دستگاه ادراری، دستگاه تنفسی) برای یافتن علائم عفونت (تب، ادم، قرمزی، درناژ، درد).
- کنترل بیمار از نظر سپسیس، خصوصاً اگر کتترهای تهاجمی یا خطوط انفوزیون جاگذاری شده است.

1- Biologic response modifier

C

خون‌ریزی

- بررسی بیمار از نظر فاکتورهایی که ممکن است خون‌ریزی را تسریع نمایند (مثل، سرکوب مغز استخوان توسط رادیوتراپی، شیمی‌درمانی، داروهایی مثل آسپرین[1]، دیپیریدامول[2] [پرسانتین[3]]، هپارین[4] یا وارفارین[5] [کومادین[6]]).
- کنترل مناطق رایج خون‌ریزی دهنده (مثل: پوست، غشاء مخاطی، بیضه‌ها، دستگاه اداری، و تنفسی؛ مغز).
- کنترل نشانه‌های وجود خون‌ریزی مخفی مثل وجود خون در مدفوع، ادرار، خلط، یا مواد استفراغی (ملنا، هماچوری، هموپتزی، هماتمز) نشت و تراوش از محل تزریق، کبودی (اکیموز)، پتشی، و تغییر در سطوح ذهنی.

شکنندگی پوست

- بررسی بیمار از نظر عوامل خطر کاهنده تمامیت پوستی (مثل: اثرات درمان، پروسیجرهای تشخیصی تهاجمی، نقایص تغذیه‌ای، تحریک پذیری مخاط مثانه و روده، بی‌حرکتی، سرکوب ایمنی، و تغییرات مربوط به سن).
- توجه به ضایعات پوستی و زخم‌ها ثانویه به تومور یا درمان آن، خصوصاً در دستگاه معدی - روده‌ای (به‌عنوان مثال، غشاء مخاطی دهان) و تأثیرات آنها روی سطوح تغذیه‌ای بیمار و سطوح راحتی او.
- توجه به هر گونه آلوپسی (ریزش مو) و بررسی از نظر روحی روانی و اثرات ناشی از این عارضه جانبی در بیمار و خانواده او.

وضعیت تغذیه‌ای

- بررسی وضعیت تغذیه‌ای بیمار، (وزن، دریافت کالری و تاریخچه رژیم بیمار، بی‌اشتهایی، تغییر اشتها و امیال بیمار)، لاغری مفرط و کاشکسی

1- Aspirin
2- Dipyridamole
3- Persantine
4- Heparin
5- Warfarin
6- Coumadin

(تحلیل رفتن، نحیف شدن).

- بررسی وضعیت‌ها و غذاهایی که منجر به بهبود و یا تسکین بی‌اشتهایی می‌شود.
- مرور تاریخچه دارویی بیمار.
- تعیین مشکلات جویدن و بلع، تهوع، استفراغ و اسهال.
- بررسی بالینی و اطلاعات آزمایشگاهی در ارتباط با سطوح تغذیه‌ای (به‌عنوان مثال ارزیابی‌های انتروپومتریک [چین‌های پوستی پشت و دور بازو]، سطوح پروتئین‌های سرم [آلبومین و ترانسفرین]، شمارش لنفوسیت‌ها، واکنش‌های پوستی نسبت به تزریق آنتی‌ژنها، سطوح هموگلوبین، هماتوکریت، سطوح کراتینین ادرار، و سطوح آهن سرم).

درد، خستگی، و نگرش

- بررسی سطح (ابزار بررسی درد)، منبع، و مکان درد و فاکتورهایی که باعث افزایش و تشدید درد می‌شوند (به عنوان مثال ترس و دلهره، خستگی، عصبانیت، و انزوای اجتماعی).
- بررسی احساس خستگی، ضعف، کمبود و نداشتن انرژی، ناتوانی در به مرحله عمل رساندن تصمیمات در مواقع لازم و ارزیابی عملکرد روزانه، کمبود و نداشتن انگیزه، و ناتوانی در تمرکز.
- بررسی استرس‌های فیزیولوژیک و فشارهای روحی روانی که می‌توانند به خستگی، درد، تهوع، دیس‌پنه، ترس، و اضطراب و یبوست منجر شوند.
- بررسی رفتار و خلق بیمار و واکنش‌های عاطفی نسبت به نتیجه آزمایشات تشخیصی و تشخیص نهایی و قطعی.
- بررسی پیشرفت بیمار در مراحل غم و اندوه و توانایی صحبت کردن در مورد تشخیص و پیش‌آگهی با خانواده.
- تعیین درمان احتمالی برای کنار آمدن با خود و بهبود تصویر ذهنی، و بررسی توانایی بیمار در تطابق با این تغییرات.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

بر پایه داده‌های جمع آوری شده، تشخیص‌های پرستاری بیمار مبتلا به

سرطان ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- آسیب تمامیت پوستی (غشاء مخاطی دهان، آلوپسی، ضایعات بدخیم پوستی) در ارتباط با تأثیرات درمان و بیماری.
- تغذیه نامناسب و نامتعادل، کمتر از نیاز بدن در ارتباط با بی‌اشتهایی، سوء جذب و کاشکسی.
- درد یا درد مزمن در ارتباط با بیماری و اثرات درمان.
- خستگی در ارتباط با فشارهای جسمی و روحی روانی.
- سوگواری پیش‌بینی شده در ارتباط با وقوع فقدان و تغییر در عملکرد نقش‌ها.
- آسیب تصویر ذهنی در ارتباط با تغییرات در ظاهر و عملکرد نقش.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

بر پایه داده‌های جمع آوری شده، عوارض احتمالی که ممکن است ایجاد شود شامل:

- عفونت و سپسیس.
- خون‌ریزی.
- سندرم ورید اجوف فوقانی.
- فشار به طناب نخاعی.
- هایپرکلسمی.
- افیوژن پریکارد.
- انعقاد منتشر داخلی عروقی.
- سندرم نابجای ترشح هورمون ضدادراری.
- سندرم تجزیه تومور.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی در مورد بیماران ممکن است شامل حفظ تورگور پوستی، درمان استوماتیت، حفظ تغذیه، کاهش و تسکین درد، کاهش خستگی، بهبود و پیشرفت در روند سوگواری و اندوه، بهبود تصویر ذهنی، و عدم ایجاد عوارض باشد.

مداخلات پرستاری

حفظ تمامیت بافتی

C

برخی از مهم‌ترین آسیب‌هایی که مکرراً اتفاق می‌افتد شامل واکنش‌های بافتی و پوستی به رادیوتراپی، استوماتیت، آلوپسی، و ضایعات متاستاتیک پوستی است.

- انجام مراقبت دقیق پوستی برای پیشگیری از هر گونه آزردگی پوستی، خشکی، و تخریب. نواحی درگیر باید به آرامی لمس شوند، اجتناب از ماساژ و استفاده از آب سرد یا داغ، پودرهای صابون، لوسیون‌ها و مواد آرایشی.
- توصیه به بیمار برای پوشیدن لباسهای مناسب و آزاد و اجتناب از لباس‌هایی که سخت و تحریک‌پذیر هستند، و یا با نواحی مبتلا ایجاد مالش نمایند.
- انجام مراقبت‌های آسپتیک از زخمها (پانسمان نفوذپذیر به هوا، مرطوب، و آنتی‌بیوتیک‌های موضعی، طبق دستور) در ناحیه نمناک (پوست دردناک، قرمز، مرطوب).

هشدار پرستاری: مراقب آسیب به نواحی باشید تا خطر هجوم باکتری‌ها به آن محل کاهش یابد.

اداره‌ی استوماتیت

- راهنمایی بیمار، و کمک به او برای برقراری بهداشت خوب دهان (مسواک‌زدن با مسواک دارای موهای نرم و خمیر دندان ملایم بدون ایجاد آزردگی).
- استفاده از سواب‌های دهانی با اپلیکاتور اسفنجی در مناطقی که بافت دهان دردناک است، یا شستشوی دهان با محلول سالین یا گرفتن آب در دهان.
- کمک به بیمار در استفاده از نخ دندان مگر اینکه باعث درد شده یا کاهش سطوح پلاکت به زیر ۴۰۰۰۰ در میلیمتر مکعب وجود دارد.
- اجتناب از فرآورده‌ها یا غذاهایی که باعث تحریک یا صدمه به بافت دهان شده و یا باعث آسیب در روند بهبودی می‌شوند، مثل مصرف الکل یا غذاهایی که سخت جویده می‌شوند یا خیلی داغ و یا تند هستند.
- استفاده از لوبریکانت روی لبها به منظور حفاظت بافت‌ها از خشک شدن و

ترک خوردگی. استفاده از ترکیبات ضدالتهاب موضعی و ترکیبات ضددرد در صورت تجویز. فراورده‌هایی که مخاط دهان را می‌پوشاند یا آنها را حفاظت می‌کند به منظور تسهیل راحتی و تسریع بهبودی و کاهش ناراحتی‌ها استفاده می‌شود. دادن ضددردهای سیستمیک در صورت نیاز.

- تشویق به دریافت مایعات و غذاهای کافی؛ برقراری مایعات وریدی و تغذیه طبق دستور.
- استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها و ضدقارچ‌های سیستمیک یا موضعی طبق تجویز به‌منظور درمان عفونت‌های سیستمیک یا موضعی.

توجه به آلوپسی

- دادن اطلاعاتی در مورد آلوپسی (شامل این‌که موها معمولاً بعد از کامل شدن درمان دوباره شروع به رشد می‌کنند، اگر چه رنگ و ساختار موهای جدید ممکن است متفاوت باشد)، و حمایت بیمار و خانواده به‌منظور سازگاری با اثرات مخرب درمان.
- تشویق بیمار به تهیهٔ کلاه گیس قبل از این که ریزش موها رخ دهد تا بیمار در هنگام ریزش موها از آن به جای موهای خودش استفاده کند. پیش‌بینی این که استفاده از روسری و کلاه ممکن است تا حدودی احساس ناخوشایند بیمار را کاهش دهد.
- ارجاع بیماران به برنامه‌های حمایتی مثل روشهای نگاه خوب[1]، احساس بهتر، که به وسیله انجمن سرطان امریکا طرح‌ریزی شده است.

اداره‌ی ضایعات بدخیم پوست

- بررسی دقیق و نظافت پوست، کاهش باکتری‌های سطح پوست، کنترل خونریزی، کنترل‌بو، و حفاظت پوست در مقابل درد و ضربات احتمالی.
- به بیمار و خانواده‌اش در امر مراقبت از ضایعات پوستی در منزل کمک کرده؛ در صورت نیاز آنها را به مؤسسات مراقبت در منزل ارجاع دهید.

1- Look Good

بهبود تغذیه

- کمک در انتخاب غذاهایی که بیمار ممکن است به آنها رغبت داشته باشد و بو و مزهٔ آنها میل و اشتهای او را زیاد کند.
- توضیح این که چگونه غذاها را آماده کنند تا ظاهر و مزهٔ آنها جذاب و دلچسب باشد؛ و بحث در مورد راههای اجتناب از بوهای نامطبوع.
- شرکت اعضای خانواده در برنامهٔ مراقبتی برای تأمین دریافت و جذب غذای کافی.
- در انتخاب غذاها به تمایلات بیمار و نیازهای متابولیکی و جسمی او توجه کنید.
- تأمین و تشویق بیمار به خوردن غذا در وعده‌های کوچک اما مکرر به همراه مواد کافی بین وعده‌ها.
- استفاده از ابزارهای تسکین‌دهندهٔ درد و رعایت بهداشت دهان قبل از غذاخوردن به منظور مطلوب ساختن بیشتر غذاها.
- استفاده از روشهای دیگر طبق نیاز (به عنوان مثال تغییر در برنامهٔ غذایی، استفاده از رژیمهای ساده، و تسکین اسهال).
- جایگزین کردن ویتامین‌ها و آنزیم‌ها طبق دستور برای درمان سوءجذب؛ برقراری تغذیهٔ وریدی (PN) اگر برای درمان سوء جذب شدید نسخه شده باشد.
- آموزش به بیمار و خانواده درباره‌ی چگونگی مراقبت از محل‌های کتترهای وریدی و چگونگی برقراری تغذیه‌ی وریدی؛ ارجاع برای پرستار مراقبت در منزل به‌منظور کمک به انجام تغذیهٔ وریدی در منزل، البته در صورت نیاز.
- قبل از انجام روشهای تغذیه‌ای تهاجمی، بررسی دقیق بیمار، و بحث در مورد موارد خاص با بیمار و خانواده (رژیم‌های درمانی ساخته شده، [سوندهای] تغذیه‌ای روده‌ای، یا تغذیه‌ای وریدی).
- مراقبت‌های پرستاری مستقیماً، به منظور پیشگیری از ضربه، عفونت، و دیگر عوارض که باعث افزایش نیازهای متابولیکی می‌شود، انجام می‌گیرد.

تسکین درد

- استفاده از یک تیم منظم و هماهنگ به منظور یافتن روش‌های مناسب تسکین درد.
- کمک به بیمار و خانواده او برای ایجاد نقش فعال در برنامه درمانی.

- آموزش دادن و انجام حمایت همه جانبه برای تصحیح ترس‌ها، و تصحیح تفکر نادرست در مورد مصرف مخدرها.

C

کاهش خستگی

- کمک به بیمار و خانواده برای درک این که خستگی معمولاً یک علامت است و به عنوان یکی از عوارض جانبی سیر بیماری سرطان و درمان به حساب می‌آید.
- کمک به بیمار برای شناخت منابع ایجادکننده خستگی و گسترش و ارتقای روشهایی برای ذخیره انرژی.
- کمک به بیمار برای طراحی برنامه فعالیت‌های روزانه، قراردادن دوره‌های فعالیت و استراحت به صورت متناوب.
- تشویق به انجام منظم ورزشهای سبک و معمولی، که ممکن است باعث کاهش خستگی و بهبود تطابق وی گردد.
- تشویق بیمار به داشتن یک شیوه زندگی عادی و طبیعی در صورت امکان به‌وسیله ادامه فعالیت‌هایی که برای او با ارزش است و از انجامشان لذت می‌برد.
- تشویق بیمار و خانواده او برای طراحی مسؤولیت‌ها، مثل مراقبت از بچه‌ها، تمیزکردن، و آماده‌کردن غذا. بیمارانی که به صورت تمام وقت کار می‌کنند ممکن است نیازمند کاهش ساعت کاری در هفته باشند.
- کمک به بیمار و خانواده به‌منظور ایجاد تطابق با این تغییر نقش‌ها و مسؤولیت‌ها.
- راهنمایی در مورد عواملی که منجر به ایجاد خستگی شده و انجام روش‌ها و استراتژی‌های دارویی و غیردارویی درمان درد.
- انجام مشورت و مشاوره در زمینه تغذیه برای بیمارانی که کالری و پروتئین کافی دریافت نمی‌کنند؛ وعده‌های غذایی به‌مقدار کم و دفعات مکرر باعث می‌شود که کالری و انرژی کمتری برای هضم غذا احتیاج باشد.
- کنترل سطح هموگلوبین و هماتوکریت سرم برای یافتن کمبودها و تزریق فرآورده‌های خونی طبق تجویز.
- بررسی تغییرات اکسیژن‌رسانی و الکترولیت‌ها.
- برنامه‌ریزی حرکت‌درمانی و کمک در انجام تدابیر در صورتی که بیمار دچار آسیب حرکتی است.

بهبود تصویر ذهنی و ارتقای اعتماد به نفس

دادن ذهنیت مثبت در زمانی که بیمار دچار آسیب در تصویر ذهنی شده بسیار ضروری است. کمک به بیمار در حفظ کنترل و احساس خود ارزشی، تشویق به ادامه مشارکت در مراقبت از خود و تصمیم‌گیری‌های پرستار نقشی عمده دارد.

- کمک به بیمار برای مشارکت در فعالیت‌هایی که برای او ارزشمند است.
- تشویق بیمار به دور کردن احساسات منفی یا درمان و بهبودی در تصویر ذهنی.
- برای بیمار و خانواده شنونده خوبی بوده و با آنها مشورت نمایید.
- ارجاع بیمار و خانواده به گروههای حمایتی به‌منظور به‌دست‌آوردن کمک بیشتر برای دستیابی به تطابق با تغییرات و نتایج آنها که به دنبال سرطان یا درمان آن ایجاد شده است.
- مشورت با متخصص امور زیبایی که ممکن است باعث ارتقای عقاید و نظرات بیمار در مورد ریزش موها یا استفاده از کلاه‌گیس شود، نحوهٔ آراستن، و استفاده از روسری یا پوشش برای کمک به نگرانی‌ها و بهبود در تصویر ذهنی مفید است.
- تشویق بیمارانی که آسیب در روابط و فعالیت‌های جنسی را تجربه کرده‌اند، تا آنها بتوانند نگرانی‌های خود را در گفت‌وگویی باز با شریک و همسر خود در میان گذارند. توضیح تغییرات ساختاری و تغییر در ظاهر حالات و اندام‌های جنسی برای بیمار و همسر او به‌منظور افزایش باور و ارزشهای بیمار و کنار آمدن با مسئله بسیار مفید است.
- کمک به بیمار و همسر او برای مراجعه به مشاور در صورتی که مشکلاتی حاد در زمینه جسمی، روحی - روانی، و یا ارتباطی در رابطه با جنسیت یا عملکردهای جنسی برایشان پیش آمده است.

کمک در هنگام سوگواری و اندوه

- پاسخگویی به سؤالات و تأمین اطلاعات در مورد اندوه توسط پزشک.
- بررسی واکنش‌های بیمار و خانواده نسبت به تشخیص و برنامه درمان، و کمک به آنها به‌منظور شکل‌گیری مناسب سؤالات و جهت‌دهی به نگرانی‌ها.

- معرفی منابع و افراد حامی (به‌عنوان مثال، مشاور، و دیگر بخش‌های حمایتی در دسترس در بیمارستانها و سازمانهای ارتباطی گوناگون).
- کمک به بیمار و خانواده در مورد نحوهٔ برقراری ارتباط و تقسیم و در میان گذاشتن نگرانی‌ها با هم، تشویق بیمار و خانواده که با احساسات هم کنار آمده و در محیطی امن و حقیقی با هم باشند.
- اگر بیمار به مرحله‌نهایی بیماری وارد شد به بیمار و خانواده او برای حفظ نگرانی‌ها و واکنشها و احساسات خود کمک نماییم (حمایت جسمی، مثل گرفتن دستهای بیمار، بودن با او در منزل یا حداقل کنار تخت او).
- حفظ ارتباط با اعضای باقی‌مانده خانواده بعد از مرگ بیمار که ممکن است در کنار آمدن آنها با احساسات و اندوه ناشی از فقدان بیمار مؤثر باشد.

پایش و اداره‌ی عوارض احتمالی

- استفاده از تکنیک آسپتیک دقیق برای برقراری مسیرهای داخل وریدی، کتترها، و وسائل استفاده شده برای اعمال تهاجمی.
- اجتناب از قرارگیری بیمار در معرض افرادی که مشکلات عفونی حاد دارند.
- قرار دادن بیمار دچار سرکوب ایمنی به‌طور جداگانه: مثل کسانی که پیوند مغزاستخوان دریافت نموده، و قرار دادن بیمار در محیط ایمن و در یک اتاق با وسائل استریل و با تهویه مناسب.
- رعایت رژیم‌های کم باکتری در مورد بیمارانی که دچار سرکوب سیستم ایمنی هستند. اجتناب از میوه و سبزیجات تازه.
- اجتناب از انجام پروسیجرهای تهاجمی، مثل تزریقات، معاینات واژن و رکتال، گرفتن درجه حرارت از راه مقعد، و جراحی.
- تشویق بیمار به انجام سرفه و تنفس عمیق به طور مکرر به‌منظور پیشگیری از بروز مشکلات تنفسی.
- آموزش به بیمار و خانواده برای شناخت علائم و نشانه‌های عفونت و گزارش آنها، انجام روش‌های صحیح شستن دست، استفاده از ترکیبات ضدتب، حفظ تمامیت پوستی، و در صورت لزوم تجویز فاکتورهای رشد خون‌ساز.

اداره‌ی شوک عفونی

- بررسی مکرر بیمار از نظر عفونت و التهاب ایجاد شده در زمینه بیماری.
- پیشگیری از سپتی‌سمی و شوک عفونی، یا اقدام برای درمان مناسب.
- کنترل علائم و نشانه‌های شوک‌عفونی (تغییرات سطوح ذهنی، هر گونه افزایش یا درجه حرارت غیرطبیعی، پوست سرد و مرطوب، کاهش برونده ادراری، افت فشارخون، دیس‌ریتمی‌ها، عدم تعادل الکترولیت‌ها، و ارزیابی گازهای خون شریانی غیرطبیعی).
- آشنا ساختن بیمار و خانواده در مورد علائم سپتی‌سمی، روشهای پیشگیری از عفونت، و اقدام به درمان در صورتی که عفونت یا سپتی‌سمی رخ داد (شوک عفونی را ملاحظه نمایید).

کنترل خون‌ریزی

- کنترل مقادیر آزمایشگاهی و ادامه بررسی بیمار برای یافتن خون‌ریزی.
- پیشگیری از صدمه و ضربه و کاهش خطر خون‌ریزی به‌وسیله استفاده از مسواک‌های نرم (غیر زبر) و ریش تراش برقی (نه وسائل با لبه تیز).
- اجتناب از انجام تدابیر تهاجمی غیرضروری (مثل کنترل دما از راه رکتال، تزریق عضلانی، کتتریزاسیون).
- کمک به بیمار و خانواده تا محیط منزل را از موانعی که باعث افتادن و سقوط یا ضربات به بیمار می‌شود تخلیه نمایند.
- تهیه غذاهای نرم، افزایش دریافت مایعات، استفاده از نرم کننده‌های مدفوع در صورت تجویز، که این موارد باعث کاهش صدمات وارده به دستگاه گوارش می‌شود.
- مفاصل و اندامها را به آرامی حرکت دهید تا احتمال خونریزی خودبخودی تقلیل یابد.
- سطوح هموگلوبین و هماتوکریت سرم را به دقت کنترل نمایید تا تغییرات ناشی از خونریزی را بیابید.
- حجم ادرار و مدفوع و استفراغ و همه مخروجات بیمار را از نظر خون مخفی کنترل نمایید.
- بررسی‌های عصبی را انجام دهید تا تغییرات موجود در شناخت و رفتار

بیمار مشخص شود.

- در صورت تجویز به استفاده از فرآورده‌های خونی و مایعات مبادرت ورزید تا هرگونه فقدان جایگزین شود و از داروهای تنگ کننده عروق و اکسیژن برای حفظ فشارخون و اکسیژناسیون بافتی بهره گیرید.

C

ترویج مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیماران

- اطلاعات مورد نیاز را در اختیار خانواده و بیمار قرار دهید تا در مواقع لزوم، فوراً به راهنمایی آنها در انجام مراقبت در منزل کمک کرده باشید.
- عوارض جانبی درمانها و تغییر وضعیت هایی را که باید گزارش شوند به طور کتبی و شفاهی با بیمار مرور کنید.
- در مورد روشهای تطابق با عوارض و اثرات جانبی درمانها با بیمار و خانواده او بحث نمایید.
- به شناسایی نیازهای آموزشی بیمار بر پایه اولویت‌های خانواده برای مراقبت در منزل مبادرت ورزید.
- به بیمار و خانواده روحیه داده و از آنها به خوبی حمایت کنید تا درمانهای تجویز شده را به خوبی در منزل ادامه داده و احساس راحتی نمایند.
- به منظور تأمین مراقبت و حمایت از بیمار برای دریافت مراقبت‌های تکنیکی پیشرفته، آنها را به پرستار مراقبت در منزل ارجاع دهید.
- دیدارهای پیگیری را انجام داده و مکالمات تلفنی با بیمار و خانواده انجام دهید و پیشرفت و نیازهای جدید بیمار را ارزیابی نمایید.

تداوم مراقبت

- ارجاع بیمار به مراقبت‌های در منزل (بررسی محیط منزل، پیش بینی تغییرات لازم به‌منظور کمک به بیمار و خانواده، راهنمایی و کمک به برطرف نمودن نیازهای جسمی بیمار، مراقبت، و تحت بررسی روحی روانی و عاطفی قراردادن بیمار و بررسی تأثیرات روحی ناشی از بیماری روی بیمار و خانواده).
- بررسی کفایت درمان درد و تأثیرگذاری استراتژی‌ها به‌منظور پیشگیری و

درمان عوارض جانبی درمان‌ها.
- کمک به هماهنگی مراقبت‌های درمانی به‌منظور حفظ ارتباط با همه اعضای تیم مراقبت بهداشتی درگیر با مراقبت از بیمار.
- منابع ارتباطی در دسترس برای هماهنگی و کمک بیشتر به بیمار (به عنوان مثال، جمعیت محلی سرطان آمریکا، کمک‌های خانگی، گروه‌های کلیسا، و گروهای حمایتی) برای کمک به بیمار و دریافت‌کننده مراقبت‌ها.

C

ارزیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- حفظ و نگهداری کافی تمامیت بافتها (پوست و غشای مخاطی)
- حفظ سطوح تغذیه‌ای کافی.
- تقویت تسکین درد و ناراحتی.
- نمایش افزایش تحمل فعالیت و کاهش خستگی.
- طی دوره افسردگی.
- بهبود و ارتقای تصویر ذهنی و اعتماد به نفس.
- عدم تجربه هرگونه عوارض، مثل التهاب، عفونت یا سپسیس و حمله خونریزی.

تدابیر پرستاری: جراحی سرطان

- کامل کردن بررسی‌های قبل از عمل در مورد همهٔ فاکتورهایی که ممکن است جراحی بیمار را تحت تأثیر قرار دهد.
- کمک به بیمار و خانواده او در رابطه با تطابق تغییرات احتمالی و نتایج ایجاد شده در اثر جراحی؛ تأمین آموزش‌های لازم و حمایت عاطفی با بررسی نیازهای بیمار و خانواده و در میان گذاشتن ترسها و مکانیسم‌های تطابقی با آن، تشویق آنها به داشتن نقشی فعال در تصمیم‌گیری در زمان ممکن.
- توضیح و تفسیر اطلاعاتی که پزشک در مورد نتایج روش‌های تشخیصی و پروسیجر به بیمار داده است.
- برای هماهنگ نمودن اطلاعات دریافتی بیمار، مرتباً با پزشک و سایر اعضای تیم مراقبتی ارتباط برقرار نمایید.
- بعد از جراحی، بررسی واکنش‌های بیمار به جراحی و کنترل عوارضی مثل

عفونت، خون‌ریزی، ترومبوفلبیت، وضعیت زخم‌ها، برهم خوردن تعادل مایعات و الکترولیت‌ها، و عملکرد نادرست اندامها ضروری است.

C

- تأمین راحتی بیمار.
- برقراری و انجام آموزش‌های بعد از عمل به‌منظور راهنمایی در مورد مراقبت از زخمها، فعالیت، تغذیه و دارودرمانی.
- تنظیم مراقبت‌های ترخیص، مراقبت‌های پیگیری، و درمان هر چه زودتر به منظور تضمین تداوم مراقبت‌ها.
- تشویق بیمار و خانواده به استفاده از منابع ارتباطی مثل جمعیت سرطان آمریکا و یا انجام ارزیابی روزانه به‌منظور حمایت و بدست آوردن اطلاعات مورد نیاز.

تدابیر پرستاری: پرتودرمانی

- پاسخ به سؤالات و واکنش مناسب نسبت به ترسهای بیمار و خانواده در مورد اثرات رادیوتراپی و دیگر موارد، اثرات در مورد تومور، و اثرات آن روی بافت‌ها و ارگان‌های طبیعی بدن.
- توضیح روش‌ها برای انجام رادیوتراپی، آماده کردن وسائل، مدت زمانی که پروسیجر به طول می‌انجامد (اغلب دقیقه‌ها)، امکان و احتمال نیاز به بی‌حرکتی در حین انجام رادیوتراپی، عدم وجود حس‌های جدید، شامل درد در حین انجام روش.
- در صورتی که از ترکیبات رادیواکتیو استفاده می‌شود، بیمار را در مورد محدودیت‌های کافی در مورد ملاقات‌کننده‌ها، پرسنل ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامتی و دیگر موارد احتیاط پرتودرمانی آماده کنید، تا بیماربه صورتی دلخواه در مورد نقش‌های قبل، حین و بعد از پروسیجر ذهنیت پیدا نماید.
- بیمار با رادیوتراپی داخل حفره‌ای، باید استراحت مطلق باشد. استفاده از ملافه لوله شده هنگام پوزیشن دادن به بیمار به‌منظور جلوگیری از جابجایی و خروج مواد و اشعه داخل حفره بدن ضروری است. استفاده از رژیم غذایی کم باقیمانده[1] و استفاده از ترکیبات ضد اسهال به‌منظور

1- Low - residue

پیشگیری از حرکات روده در حین درمان لازم است تا از جابجایی و خارج شدن رادیوایزوتوپ پیشگیری به‌عمل آید. حفظ و قراردادن سوند اداری برای اطمینان از خالی بودن مثانه ضروری است.

- بررسی پوست بیمار و سطوح تغذیه‌ای و احساس عمومی خوب بودن.
- بررسی مکرر پوست و غشاء مخاطی دهان به‌منظور یافتن تغییرات احتمالی (در صورتی که رادیوتراپی مستقیماً روی این مناطق انجام شده باشد هر بخش جداگانه بررسی شود). حفظ پوست از تحریکات، و توصیه به بیمار برای اجتناب از مصرف پمادها، لوسیون‌ها، یا پودر در ناحیه مورد نظر.
- انجام کمک در مورد ضعف و خستگی بیمار برای فعالیت زندگی روزانه و بهداشت فردی، شامل حفظ بهداشت دهان برای برداشتن بافتهای اضافه، پیشگیری از آزردگی و تحریک، و تسریع بهبود.
- مطمئن ساختن بیمار با توضیح این که این علائم نتیجه درمان بوده و برای همیشه باقی نخواهد ماند و جزو علائم خاص بیماری نمی‌باشد.
- پیگیری از بخش رادیولوژی، درباره‌ی حداکثر زمانی که ارائه دهنده مراقبت سلامتی می‌تواند با بیمار در اتاق او صرف کند بدون این که خطری متوجه او شود، چقدر است، و آماده کردن وسایلی که استفاده می‌شود در صورت خارج‌شدن وسایل کاشتنی، رعایت احتیاط ویژه و توضیح علل آن برای بیمار.

هشدار پرستاری: برای ایمنی در کوتاهی درمانی[1]، قرار دادن بیمار در اتاق خصوصی، و اتخاذ احتیاطات لازم و توجه به نکات بعد از مواجه بیمار با اشعه به‌منظور ایمنی پیشنه ضروری است. پرستار باید گان مخصوص بپوشد. اطمینان یافتن از این که پرستاری که از بیمار مراقبت می‌کند حامله نیست. محدود کردن ملاقات کودکان و زنان حامله و همچنین افراد دیگر نیز باید فقط ۳۰ دقیقه در روز اجازه ملاقات داشته باشند. تحت نظر گرفتن ملاقات کنندگان به‌منظور اطمینان یافتن از این که آنها فاصله حداقل ۶ فوت را از منبع اشعه حفظ کرده باشند.

1- Brachy therapy

درمان با پرتوهای یونیزانی که منبع آنها روی سطح بدن یا در فاصله کوتاهی از ناحیه‌ای که به آن تابانده می‌شود قرار می‌گیرد.

C

تدابیر پرستاری: شیمی‌درمانی

- بررسی مکرر تغذیه و سطوح مایعات و الکترولیت‌های بیمار. استفاده از راههای ابتکاری جدید برای رساندن مایعات و رژیم کافی به بیمار.
- به‌علت افزایش خطر ابتلا به آنمی، عفونت، و اختلالات خون‌ریزی دهنده، بررسی و مراقبت‌های پرستاری باید روی تغییرات و فاکتورهای تعیین‌کننده در افزایش وقوع این حالت متمرکز شود.
- رعایت تکنیک‌های آسپتیک و رعایت دستورات برای پیشگیری از عفونت و صدمات.
- کنترل دقیق نتایج ارزیابی‌های آزمایشگاهی (شمارش گلبولهای خون)، و گزارش فوری تغییرات موجود و علائم عفونت و یا خون‌ریزی.
- انتخاب دقیق عروق محیطی و انجام سوراخ نمودن عروق، و اعمال دقیق دارو درمانی. کنترل اندیکاسیون‌های خارج عروقی در حین دارو درمانی (به عنوان مثال، عدم بازگشت خون از داخل کتتر وریدی، مقاومت در مقابل جریان یافتن مایع، یا ادم، درد، یا قرمزی ناحیه).
- کمک به بیمار برای برطرف نمودن تهوع و استفراغ (که اغلب ۷۲-۴۸ ساعت بعد از شیمی درمانی رخ می‌دهد) به وسیله آموزش به بیمار برای دریافت داروهای ضدتهوع در منزل، در صورت نیاز طی هفته اول بعد از شیمی درمانی آموزش شل کردن عضلات، که ممکن است باعث کاهش بروز نشانه‌ها گردد.
- توصیه به بیمار برای خوردن غذاها به مقدار کم اما در دفعات زیاد، غذاهای ملایم، و غذاهای راحت، که ممکن است باعث کاهش تکرار یا تداوم و شدت یافتن این نشانه‌ها گردد.
- کنترل مکرر شمارش سلول‌های خونی، توجه و گزارش نوتروپنی، و محافظت بیمار از عفونت و صدمات، خصوصاً هنگامی‌که شمارش گلبول‌های سفید کاهش می‌یابد.
- کنترل نیتروژن اوره خون (*BUN*)، کراتینین سرم، شفافیت، و سطوح الکترولیتهای سرم، و گزارش هر یافته‌ای که علامتی دال بر کاهش عملکرد کلیوی داشته باشد.

- برقراری و تأمین هیدراتاسیون کافی و قلیایی کردن ادرار برای پیشگیری از شکل‌گیری بلورهای اسید اوریکی، و استفاده از آلوپورینول[1] طبق تجویز برای پیشگیری از تخریب کلیه.
- کنترل دقیق علائم نارسایی قلبی و فیبروز ریوی (به عنوان مثال، نتایج تست‌های عملکرد ریوی).
- آشناسازی بیمار و همسر او در مورد تغییرات احتمالی در توانایی جنسی که نتیجه شیمی‌درمانی می‌باشد (ذخیره اسپرم برای مردان قبل از شروع درمان توصیه می‌شود). توصیه به بیمار و همسرش به استفاده از روشهای جلوگیری از بارداری (کنترل جمعیت) هنگامی‌که شیمی‌درمانی دریافت می‌کنند چرا که عقیمی هنوز قطعی نشده است.
- به بیمارانی‌که از تاکسان[2] و آلکالوئیدهای گیاهی، خصوصاً وینکریستین[3] استفاده می‌نمایند، آمادگی وقوع نروپاتی‌های محیطی را بدهید، همچنین این ترکیبات منجر به کاهش رفلکس تاندون عمقی و ایلئوس فلجی می‌گردد. این عوارض بعد از اتمام درمان برطرف شده و عارضه‌هایی برگشت‌پذیر می‌باشند.
- کمک به بیمار و خانواده برای برنامه‌ریزی راه‌هایی به منظور مقابله با خستگی.
- در نظر گرفتن احتیاط واجب به‌وسیله اداره‌ی کاردرمانی ایمن و سالم (OSHA)[4]، جامعه پرستاران انکولوژی (ONS)[5]، بیمارستان‌ها و دیگر مراکز مراقبتی برای حفاظت از پرسنلی که با ترکیبات شیمی درمانی ارتباط داشته‌اند.

هشدار پرستاری: اگر خروج دارو از رگ اتفاق افتاد، برقراری جریان دارو را فوراً متوقف ساخته و از کیسه یخ روی ناحیه استفاده نمایید (بجز در مورد خروج آلکالوئیدهای وینکا از رگ).

1- Allopurinol
2- Taxanes
3- Vincristine
4- Occupational safety and health administration
5- Oncology nursing society

C

تدابیر پرستاری: پیوند مغز استخوان

- قبل از پیوند مغز استخوان (BMT)[1]، بررسی تغذیه‌ای و معاینات جسمی جامعی را انجام داده و از تست‌های عملکرد اعضا مطمئن شوید. خصوصاً ارزیابی‌های روانی، باید طبق تجویز کامل شوند.
- اطمینان از حمایت‌های اجتماعی بیمار و ارزیابی دیگر منابع حمایتی.
- تقویت و تلقین اطلاعات برای شکل‌گیری ذهنیت بیمار.
- آموزش به بیمار در مورد پروسیجر و مراقبت‌های قبل و بعد از پیوند.
- در حین مرحله درمان، کنترل دقیق علائم مسمومیت حاد (به‌عنوان مثال، تهوع، اسهال، موکوسیت، سیستیت خون‌ریزی‌دهنده)، و توجه کافی و کامل به بیمار ضروری است.
- در حین انفوزیون سلول بنیادی مغز استخوان، کنترل علائم حیاتی و اشباع اکسیژن خون، بررسی اثرات (مثل تب، لرز، تنفس بریده و کوتاه، درد قفسه‌سینه، واکنش‌های پوستی، تهوع، استفراغ، افت فشار، یا افزایش فشار، تاکیکاردی، اضطراب و تغییر مزه‌ها)، و تأمین حمایت و آموزش به بیمار حیاتی است.
- به علت خطر بالای مرگ به دنبال سپسیس و خون‌ریزی، حمایت بیمار با فرآورده‌های خونی و فاکتورهای رشد هموپویتیک و حفاظت بیمار از عفونت لازم است.
- بررسی به‌منظور یافتن زودرس بیماری پیوند علیه میزبان (GVHD)[2] و اثر آن روی پوست، کبد، و دستگاه معدی روده‌ای به‌عنوان عوارض گوارشی (به‌عنوان مثال، احتباس مایعات، یرقان، درد شکم، آسیت، بزرگی و تحریک پذیری کبد، و انسفالوپاتی).
- کنترل عوارض ریوی، مثل ادم ریوی، پنومونی در انواع مختلف، که اغلب به‌عنوان عارضه بعد از BMT مطرح می‌شود.
- انجام بررسی‌های پرستاری به‌منظور ویزیت و پیگیری برای حفاظت از عوارض بلندمدت (۱۰۰ روز یا بیشتر) بعد از BMT، که از آن می‌توان به

1- Bone marrow transplantation 2- Graft - versus - host disease

(واریسلازوستر)، آنومالی‌های محدودیتی ریوی، پنومونی عودکننده، مثل GVHD مزمن با درگیری پوست، کبد، روده، مری، چشم، ریه‌ها، مفاصل، و مخاط واژن. کاتاراکت نیز ممکن است بعد از رادیوتراپی کل بدن گسترش یابد.

- انجام بررسی‌های کامل روحی - روانی در مورد بیمار، شامل فشارهایی که روی بیمار در هر یک از مراحل پیوند تأثیر خواهد گذاشت.
- بررسی نیازهای روحی - اجتماعی دهنده پیوند و اعضای خانواده او. آموزش و حمایت از دهنده و اعضای خانواده او به‌منظور کاهش اضطراب و بهبود تطابق. کمک به اعضای خانواده برای حفظ امیدواری و واقع بینی خود مانند بیمار.

تدابیر پرستاری: هایپرترمی

توضیح به بیمار و خانواده در مورد پروسیجر، اهداف و تاثیرات آن. بررسی بیمار به‌منظور یافتن اثرات ناسازگاری و تاثیرگذاری برای کاهش وقوع و شدت آن. تامین مراقبت‌های پوستی در ناحیه‌ای که پروب‌های هایپرترمیک باید جاگذاری شود.

تدابیر پرستاری: تعدیل‌کننده‌های پاسخ بیولوژیک

- بررسی نیازهای آموزشی، حمایتی و راهنمایی در مورد هم بیمار و هم خانواده (اغلب نیازها مشابهی با نیازهای بیماران با دیگر رویکردهای درمانی وجود دارد، اما تعدیل پاسخ بیولوژیک [BRMs][1] ممکن است به‌عنوان آخرین انتخاب روش درمانی توسط بیماری باشد که از درمان‌های استاندارد نتیجه مطلوبی نگرفته است).
- کنترل اثرات ناسازگاری و درمانی (مثل تب، بی‌حالی، تهوع و استفراغ که در درمان با اینترفرون دیده می‌شود) و عوارض جانبی تهدید کننده حیات (مثل سندرم نشت مویرگی، ادم‌ریوی و افت فشارخون).
- بررسی ناسازگاری‌ها و عوارض جانبی و تاثیرات درمانها بر کیفیت زندگی بیمار.

1- Biologic response modifiers

- کمک و همکاری دقیق با پزشک در بررسی و درمان مسمومیت‌های احتمالی در درمان BRM.
- مشاهده و ثبت دقیق استعمال ترکیبات تحت بررسی به‌منظور کامل کردن و جمع‌آوری داده‌ها.
- آموزش به بیمار و خانواده او، در صورت نیاز چگونگی استعمال ترکیبات BRM به‌صورت تزریق زیر جلدی.
- ارجاع به پرستار مراقبت در منزل به‌منظور کنترل واکنش‌های بیمار به درمان و تامین نیازهای آموزشی و تداوم مراقبت‌ها.

فرآیند پرستاری: فتودینامیک‌تراپی

- آموزش به بیمار که مهمترین اثر جانبی این درمان حساسیت به نور برای ۶-۴ هفته بعد از درمان است.
- توصیه به بیمار که به منظور پیشگیری از سوختگی پوست، خود را از نور مستقیم و غیرمستقیم آفتاب حفظ کند.
- بررسی به‌منظور آموزش به بیمار برای یافتن و توجه به واکنش‌های موضعی در محل درمان.
- کنترل عملکرد کبد و کلیه برای یافتن ناهنجاری‌ها.
- آموزش و کمک و تامین حمایت عاطفی برای بیمار و خانواده او.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۱۶، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سرطان مثانه Cancer of the Bladder

سرطان مثانه به‌طور مکرر در افراد بین سنین ۷۰-۵۰ سال دیده می‌شود و بیشتر مردان را درگیر می‌کند تا زنان را (۴ به ۱). کلاً دو نوع سرطان مثانه وجود دارد: سطحی (که به راحتی درمان می‌شود) و تهاجمی. تومورها معمولاً در سطح مثانه رشد نموده و دهانه حالب‌ها و گردن مثانه را درگیر می‌سازند. مهمترین علت آن کشیدن سیگار است. شیستوزومیای مزمن (عفونت انگلی که باعث آزردگی و تحریک مثانه می‌شود) نیز یکی از ریسک فاکتورها است. سرطان ممکن است از پروستات و رکتوم در مردان و دستگاه تناسلی تحتانی

در زنان به مثانه متاستاز بدهد.

C

تظاهرات بالینی

- هماچوری دردناک اغلب شایع‌ترین علامت است.
- عفونت دستگاه ادراری نیز رایج است و باعث ایجاد تکرر، فوریت و دفع دردناک ادرار می‌شود.
- هرگونه تغییر در تخلیه ادرار یا تغییر در خود ادرار می‌تواند دلیل وجود سرطان مثانه باشد.
- در صورت متاستاز ممکن است درد پشت یا درد لگنی رخ دهد.

بررسی و روش‌های تشخیص

بیوپسی از تومور و مخاط درگیر تعیین‌کننده است اما روش‌های زیر معمولاً استفاده می‌شود:

- سیستوسکوپی، بیوپسی از تومور و مخاط درگیر.
- اوروگرافی دفعی.
- اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT).
- اولتراسونوگرافی
- معاینات دو دستی زیر بیهوشی.
- معاینات سیتولوژیک ادرار تازه و شستشوی مثانه با سالین.

بررسی مولکولی، آنتی‌ژن‌های تومور مثانه، چسبندگی‌های مولکولی و دیگر موارد نیز مطالعه می‌شود.

درمان طبی

درمان سرطان مثانه بستگی به درجه تومور، و مرحله رشد تومور و تجمع متعدد تومور دارد. سن و وضعیت‌های جسمی، روحی، عاطفی و ذهنی همگی در انتخاب و تعیین روش درمانی دخیل می‌باشند.

درمان جراحی

- برداشتن تومور از راه مجاری ادراری (TUR) یا تزریق داخل مثانه باسیل

کالمت ـ گرین (BCG[1]) به صورت داخل وزیکول در مورد پاپیلومای ساده درمان انتخابی است.

C

- کنترل پاپیلوماهای خوش‌خیم با سیتولوژی و سیستوسکوپی برای بقیه زندگی بیمار.
- سیستکتومی ساده یا سیستکتومی رادیکال برای سرطان مثانه مهاجم یا چند کانونی.
- درمان سه‌گانه (TUR، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی) برای اجتناب از سیستکتومی در امریکا تحت بررسی است.

درمان دارویی

- شیمی درمانی با ترکیبی از متوتروکسات، ۵ ـ فلوراوراسیل (5-FU)، وین بلاستین، دوکسوروبیسین (آدریامایسین)، و سیس‌پلاتین (M-VAC) و ترکیبات تازه جمسیتابین و تاکسان، احتمالاً به‌وسیله انجام شیمی درمانی موضعی مستقیماً روی دیواره مثانه.
- BCG داخل مثانه‌ای (تاثیر گذار با کارسینومای ترانزیشنال سلول سطحی).
- تزریق ترکیبات سیتوتوکسیک داخل شریان‌های تغذیه‌کننده اعضای درگیر.
- در برخی بیماران فرمالین، فنول، یا نیترات نقره به‌منظور بهبود تسکین هماچوری و سوزش ادرار قطره قطره (خروج آهسته و دردناک ادرار) وارد منطقه می‌شود.

رادیوتراپی

- رادیوتراپی تومور قبل از عمل جراحی برای کاهش گستردگی و عملکرد تومور کاربرد دارد.
- رادیوتراپی به‌صورت ترکیبی با جراحی برای کنترل تومورهای غیر قابل جراحی مفید خواهد بود.
- هیدروستاتیک تراپی: برای سرطان مثانه پیشرفته یا بیماران با هماچوری غیرقابل درمان (بعد از رادیوتراپی).

1- Bocille Calmette-Guerin

تدابیر پرستاری

به‌منظور کسب اطلاعات بیشتر مراقبت‌های پرستاری بیمار تحت جراحی سرطان، رادیوتراپی و شیمی درمانی سرطان را ملاحظه نمایید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۵، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سرطان پستان Breast cancer

کارسینومای پستان یک ضایعه پاتولوژیک است که با تغییر ژنتیکی در یک سلول منفرد آغاز شده و ممکن است ۲ سال طول بکشد تا قابل لمس گردد. شایع‌ترین نوع سرطان پستان کارسینومای لوبولار ارتشاحی[1] می‌باشد (حدود ۷۵٪ موارد)، که پیش آگهی ضعیف‌تری نسبت به دیگر انواع سرطان پستان دارد. کارسینومای لوبولار ارتشاحی حدود ۱۰-۵ ٪ موارد را تشکیل می‌دهد. این تومورها در منطقه وسیع نامشخصی رخ می‌دهند و تومورهای چند کانونه هستند. این کارسینوماها معمولاً به استخوان، ریه، کبد، آدرنال، فضای جنب، پوست و یا مغز منتشر می‌شود. بسیاری از سرطان‌های تهاجمی کمتر شایع، مثل کارسینوم‌های مدولاری (۵٪ موارد)، سرطان موسینوس (۳٪ موارد) و سرطان توبولار مجرایی (۲٪ موارد)، پیش‌آگهی مطلوبی دارند. کارسینوماهای التهابی و بیماری پاژه انواع غیر شایع سرطان پستان می‌باشند. تقریباً می‌توان گفت که یک علت خاص وجود نداشته و نسبتاً ترکیبی از ژنتیک، هورمونها، و احتمالاً متغیرهای محیطی ممکن است گسترش آنرا تسریع نمایند. اگر غدد لنفاوی تحت تاثیر قرار نگرفته باشند، پیش‌آگهی بهتر است. و کلید درمان بهتر تشخیص زودرس، قبل از متاستاز است.

عوامل خطرزا

- جنس (مؤنث) و افزایش سن
- سرطان قبلی سینه: خطر گسترش و توسعه سرطان در پستان دیگر افزایش ۱ درصدی به ازای هر سال دارد.

1- Infiltrating Ductal Carcinoma

- متغیرهای ژنتیکی (BRCA2-BRCA1)، که ممکن است به ارث برسند یا تامین‌کننده خطر بروز باشند.
- تماس طولانی مدت با تحریکات هورمونی ـ منارک زودرس (قبل از ۱۲ سالگی)، عدم حاملگی، اولین زایمان بعد از ۳۰ سالگی، و منوپوز دیررس (بعد از ۵۵ سالگی) – پیوند پستان، قرص‌های ضد بارداری خوراکی، درمان جایگزینی هورمون، سیگار کشیدن و رژیم پرچربی نیز فاکتورهای ضعیف موثرند.

فاکتورهای محافظت‌کننده

این فاکتورهای محافظ ممکن است شامل ورزش‌های ملایم و معمول باشد (کاهش چربی بدن)، همچنین حاملگی قبل از ۳۰ سالگی، تغذیه با شیر مادر.

استراتژی‌های پیشگیری

افرادی که در معرض خطر بالای سرطان پستان هستند، ممکن است درباره‌ی استراتژی‌های احتمالی یا صحیح پیشگیری با متخصص مشورت کنند که این استراتژی‌ها شامل موارد زیر است:

- مراقبت طولانی‌مدت شامل معاینه‌ی بالینی پستان دو بار در سال از سن ۲۵ سالگی، ماموگرافی سالانه و احتمالاً MRI (در ناقلین BRCA-1 و BRCA-2).
- پیشگیری شیمیایی برای جلوگیری از بیماری قبل از شروع آن، استفاده از تاموکسیفین (نولوادکس) و احتمالاً رالوکسیفین (اویستا).
- ماستکتومی پیشگیرانه (ماستکتومی کاهش خطر) برای خانواده‌های با تاریخچه‌ی قوی سرطان پستان، تشخیص LCIS یا هیپرپلازی آتیپیک، جهش ژن BRCA، ترس شدید از سرطان (فوبیای سرطان)، یا سرطان قبلی در یک پستان.

تظاهرات بالینی

- نشانه‌ها بسیار متنوع می‌باشند؛ معمولاً ضایعات تحریک‌ناپذیر، ثابت، و سخت با مرزهای نامعمول و نامنظم، که اغلب در ربع خارجی و فوقانی رخ

داده و بیشتر اوقات در پستان چپ می‌باشد.

- درد معمولاً وجود ندارد مگر در مراحل انتهایی.
- در بعضی از زنان هیچ علامتی نداشته و هیچ توده‌ای لمس نمی‌شود، اما ماموگرافی غیرنرمال دارند.
- بدون محافظت و درمان ممکن است حالات زیر رخ دهد: گودی یا فرورفتگی (پوست پرتقالی)، غیرقرینگی و بالارفتن پستان درگیر، رتراکسیون و تورفتگی نوک پستان، ضایعات ثابت شده روی دیواره قفسه‌سینه، زخم و متاستاز.

بررسی و روش‌های تشخیص

- عکسبرداری قفسه‌سینه، اسکن استخوان، تستهای کارکرد کبدی.
- آسپیراسیون سوزنی ظریف.
- بیوپسی (به‌عنوان مثال همراه با برش، استریوتاکتیک، بیوپسی از عمق و یا بسته) و ارزیابی باغت‌شناسی سلول‌های سرطانی.

مرحله‌بندی سرطان پستان

مرحله بستر تومورها بعنوان مرحله 0، I یا IV نسبتاً آسان است. تومورهای مرحله‌ی II و III شامل طیف وسیعی از سرطان‌های پستان هستند که به زیرشاخه هایی تحت عنوان IIA، IIB، IIIA، IIIB و IIIC تقسیم می‌شوند. عوامل تعیین‌کننده‌ی مرحله‌ی تومور شامل تعداد و مشخصات غدد لنفاوی زیر بغلی، وضعیت دیگر غدد لفاوی منطقه‌ای و درگیری پوست و عضلات مهم می‌باشد (مرحله‌بندی سرطان را در مبحث سرطان ببینید).

درمان طبی

شیوه‌های مختلف درمان امکان‌پذیر است. بیمار و پزشک ممکن است روی جراحی، شیمی‌درمانی، یا درمان با اشعه یا هورمون‌تراپی و یا ترکیبی از اینها اتفاق نظر داشته باشند.

- انجام جراحی ماستکتومی رادیکال برای خارج کردن همه بافت‌های درگیر به همراه غددلنفاوی زیر بغل.

C

- جراحی نگهدارنده پستان: برداشتن توده[1]، ماستکتومی سگمنتی، یا برداشتن $\frac{1}{4}$ پستان، و برداشتن غددلنفاوی زیر بغل که برای بخش‌های میکروسکوپی باقیمانده تومور با رادیوتراپی پی‌گیری می‌شود.
- طراحی مسیرهای لنفاتیک و بیوپسی منطقه‌ای غدد، احتمال جراحی و برداشتن غیر ضروری غده را در بیمار کاهش می‌دهد.
- یک دوره رادیوتراپی با الکترود خارجی توده تومور برای کاهش شانس عود و بازگشت دوباره سرطان.
- شیمی‌درمانی برای جلوگیری از انتشار ذرات متاستاتیک بیماری؛ سیکلوفسفامایاد (سیتوکسان)(C)، متوتروکسات (M)، فلوئوروراوراسیل (F)، دوکسوروبیسین (آدریامایسین) (A)، و پکلی تاکسول (تاکسول) (T).
- روش CMF یا CAF رایج است، یا ACT ممکن است استفاده شود.
- پیوند مغز استخوان اتولوگ (ABMT) امروزه استفاده‌اش افزایش یافته، استفاده درمانی از فاکتورهای رشد برای تحریک مغز استخوان به پیشرفت مطلوبی در زمینه کاهش مرگ‌ومیر دست یافته است.
- هورمون‌درمانی بر پایه سطح استروژن و پروژسترون: تاموکسیفن (تاکسول)[2]، ترکیب اولیه هورمونی است که به‌منظور سرکوب تومورهای وابسته به هورمون می‌باشد. دیگر هورمونها عبارتند از: آناسترازول (آریمیدکس)[3]، مگسترول (مگاس)[4]، دی اتیل استیل بسترول (DES)[5]، فلوکزی مسترون (هالوتستین)[6]، و آمینوگلوتتیماید (سیتادرن)[7].
- درمانهای جستجوگرانه (تکنیک‌های فتودینامیک)[8] ممکن است به دنبال نارسایی درمان با شیمی‌درمانی یا ایمنی‌درمانی استفاده شود.
- جراحی الکتیوریکانستراکتیو[9] (بازسازی اختیاری مجدد پستان) دارای فواید روانی بسیار زیادی است اما اگر سرطان موضعی گسترش یافته و تومورها

1- Lumpectomy
2- Tamoxcifen (Taxol)
3- Anastrazole (Arimidex)
4- Megestrol (Megace)
5- Diethylstilbestrole (DES)
6- Fluoxymestrone (Halotestin)
7- Aminoglutethimid (cytadren)
8- Investigational therapy
9- Elective reconstructive

متاستاتیک و یا التهابی باشند، منع استفاده دارد.

تدابیر پرستاری

برای افزایش اطلاعات، مراقبت پرستاری مربوط به بیمار با سرطان را ملاحظه نمایید.

بررسی

قبل از عمل

- بررسی واکنش بیمار به تشخیص و توانایی او در تطابق با آن.
- گرفتن یک تاریخچه کامل سلامتی و ژنیکولوژی.
- سؤال در مورد مهارت‌های تطابقی، سیستم‌های حمایتی، نقص در آگاهی و دانش و وجود هر گونه ناراحتی.
- بررسی و انجام معاینات کامل جسمی، با توجه خاص به پستان‌ها و نشانه‌های مربوط به وجود توده.

بعد از عمل

- کنترل نبض و فشار خون به‌منظور بررسی شوک و خون‌ریزی.
- اجتناب از بستن کاف فشار برای خواندن فشار خون، انجام تزریقات، گرفتن رگهای باز، و سوراخ کردن عروق در سمتی که جراحی شده، به‌منظور پیشگیری از عفونت و عدم برقراری مناسب جریان خون.
- مشاهده پانسمان‌های انجام‌شده روی محل به‌منظور یافتن خون‌ریزی.
- کنترل درناژ و خروج ترشحات.
- تشویق به انجام تنفس عمیق.
- بررسی ناحیه پیوند برای قرمزی‌های غیرطبیعی، درد، ادم، یا وجود ترشحات

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- اضطراب در ارتباط با تشخیص سرطان.
- خطر تطابق غیرموثر (فردی یا خانوادگی) در ارتباط با تشخیص سرطان

پستان و روشهای درمانی.
- کمبود اطلاعات در مورد سرطان پستان و روشهای درمانی.
- ترس در ارتباط با درمان خاص، تغییر در تصویر ذهنی، یا احتمال مرگ.
- تعارض در تصمیم‌گیری در ارتباط با انتخاب روش‌های درمانی.
- درد در ارتباط با پروسیجرهای جراحی.
- اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با برش جراحی
- خط بروز عفونت در ارتباط با برش جراحی و وجود درن‌های بعد از جراحی.
- کمبود اطلاعات در مورد سرطان پستان، روش‌های درمانی، کنترل درن‌ها و ورزش‌های بازو (اگر جراحی ماستکتومی رادیکال انجام شده باشد).
- خطر اختلال در عملکرد جنسی در ارتباط با فقدان یک قسمتی از بدن، تغییر ذهنیت راجع به خود فرد و ترس از واکنش‌های همسر.
- نقص در مراقبت از خود در ارتباط با بی‌حرکتی قسمتی از اندام فوقانی در سمت جراحی شده.
- آسیب به تصویر ذهنی در ارتباط با فقدان پستان به دنبال انجام جراحی.
- آسیب به عملکردهای حسی (کینستتیک)[1] با تحت تاثیر قرار گرفتن حس بازوها، پستان، یا دیواره قفسه‌سینه.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی
- ادم لنفاوی.
- عفونت.
- شکل‌گیری هماتوم / سروم.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی بیمار ممکن است شامل افزایش اطلاعات در مورد بیماری و درمان آن؛ کاهش ترس قبل و بعد از عمل، فشارهای عاطفی و اضطراب؛ بهبود توانایی تصمیم‌گیری، کنترل و درمان درد، تمامیت پوستی، بهبود

1- Kinesthetic

ذهنیت راجع به خود مشارکتی فعال در فعالیت‌های مراقبت از خود، بهبود عملکرد جنسی و فقدان عوارض باشد.

C

مداخلات پرستاری

کاهش فشار و ارتقای مهارتهای تطابقی

- قبل از عمل به بیمار فرصت دهیم تا تغییرات ناشی از تشخیص را برای خود حل و فصل نماید و دادن اطلاعات برای کمک به ارزیابی روش‌های درمانی مفید خواهد بود.
- برقراری بهترین سطح جسمی، روحی، روانی و تغذیه‌ای ممکن قبل از عمل.
- فرصت به بیمار برای مطرح ساختن نگرانی‌ها با کسانی که احتمالاً در مراقبت نقش داشته و اگر مایل بود ملاقات با کسانی که از سرطان پستان نجات یافته‌اند.
- راهنمایی دقیق و مشاوره حمایتی برای کمک به بیمارانی که نمی‌توانند در مورد درمان خود تصمیم‌گیری نمایند.
- اجتناب از مجبور کردن بیمار که اگر هنوز آمادگی آن‌را ندارد به ناحیه برش نگاه کند.
- کمک گرفتن و استفاده از حمایت دوستان و خانواده برای بهبود پذیرش تغییرات بدنی.
- قبول کردن این که شریک یا همسر اغلب نیاز به راهنمایی، حمایت و آموزش به‌منظور تطبیق با بحران را دارند.

افزایش آگاهی و دانش

در نظر گرفتن زمانی برای تامین و ارائه مقدار کافی از اطلاعات، بحث در مورد استفاده از داروها، اهداف، وسعت و مدت زمان برای تداوم درمان، عوارض جانبی درمان، واکنش‌های احتمالی بعد از درمان مثل مسائل مربوط به پروتزها یا مواد خاص پلاستیکی که در جراحی به‌وسیله بیمار انتخاب می‌شود. و اطلاع دقیق از اطلاعاتی که توسط پزشک به بیمار داده شده است (به‌عنوان مثال، روشهای تشخیص و درمان).

C

حفظ تورگور پوست

- برقراری و حفظ مجرای خروج ترشحات ناشی از جراحی برای پیشگیری از جمع شدن مایع زیر دیواره قفسه‌سینه، کنترل مکرر پانسمانها و درن‌ها.
- آگاهی بیمار در مورد این که نوعی کاهش حس در ناحیه تحت جراحی پیش می‌آید که به‌علت آسیب عصبی است. آموزش علائم عفونت و تحریک‌پذیری
- بیمار معمولاً روز دوم می‌تواند دوش گرفته و محل برش را بشوید، اما پانسمان برای مدت ۷ روز باقی می‌ماند. بعد از این که برش بهبود یافت ممکن است کرم یا لوسیون روی ناحیه قرار داده شود تا خاصیت الاستیکی پوست افزایش یابد.
- زمان تعویض پانسمان را به عنوان شانس و موقعیتی برای بحث در مورد برش‌ها با بیمار برگزینید.

تسکین درد و ناراحتی

- تشویق بیمار به استفاده از مسکن قبل (۳۰ دقیقه) از فعالیت و یا وقت خواب یا استفاده از حمام گرم برای تسکین درد عضلانی.
- بالا قرار دادن عضو درگیر در حد متوسط.

ارتقای مراقبت از خود

- دادن اطلاعاتی در مورد ادم بعد از جراحی و روشهای برطرف کردن آن؛ برشها، کبودی‌ها و عفونت در محل عمل که باعث ایجاد مشکلات خطرناکی می‌شود نیز از مواردی است که بیمار باید در زمینه آن آگاهی یابد.
- هنگامی‌که حالت تهوع ناشی از بی‌هوشی برطرف شده و بیمار بتواند مایعات خوراکی را تحمل نماید، او را به حرکت تشویق نمایید.
- تحریک به انجام حرکات به‌منظور تقویت دامنه حرکتی کامل و انجام ورزش‌های دست (۳ بار در روز برای مدت ۲۰ دقیقه) برای بهبود جریان خون و کشش عضلانی و پیشگیری از سفت و سخت شدن عضلات.
- اگر پیوند پوست یا برش‌های جراحی محکم شد، به ورزشها و حرکات توصیه شده توجه کنید.

- بهبود مراقبت از خود، انجام نرمشهای هر دو بازو (مثل، مسواک زدن، شانه کردن موها)، وضعیت خوب و مطلوب ضروری است.
- تشویق بیمار به انجام کارهای معمول در منزل در ارتباط با فعالیت بازوها اما اجتناب از بلند کردن اجسام سنگین (به‌عنوان مثال حرکات بازوها حین راه رفتن و تمیزکردن محل عمل).
- اجتناب از صدمه به محل عمل، کنترل با پزشک قبل از انجام فعالیت‌های نیروزا.

حفظ عملکرد جنسی

- گفتگو در مورد این که چگونه بیمار با خود کنار آمده و کاهش احتمالی میل‌جنسی در ارتباط با خستگی، تهوع، یا اضطراب.
- توضیح در مورد عدم پذیرش باورهای غلط (مثل این که سرطان می‌تواند از طریق عملکرد جنسی منتقل شود).
- تشویق زوجین به بحث در مورد ترس‌ها، نیازها، و تمایلات.
- پیش‌بینی تغییرات زمانی به‌منظور انجام فعالیت جنسی (وقتی خیلی خسته نمی‌باشند)، یا پوزیشنی که بیشتر در آن راحتند، و برای فعالیت‌های جنسی مناسب و تحریک‌آمیز است (مثل در آغوش گرفتن، بوسیدن، تحریک دستی).
- ارجاع به مراکز و منابع روحی ـ اجتماعی (مثل روانشناس، روانپزشک بالینی، پرستار متخصص بیماری‌های روانی، مددکار اجتماعی، یا متخصص امورجنسی) اگر تمایل دارند یا در صورت لزوم.

اداره‌ی عوارض احتمالی

- برقراری و بهبود درناژ غدد زیر بغل و تشکیل عروق جانبی در هر دو سمت به‌وسیله تشویق به حرکت و فعالیت (مثل پمپ زدن دستی) به دنبال آموزشهای بعد از عمل.
- بالا قرار دادن بازو به‌وسیله بالش به صورتی که دست و بازو بالاتر از سطح شانه قرار گیرد.
- فرستادن بیمار نزد درمانگر برای دریافت لباس آستین گشاد و قابل انعطاف، ورزش‌های لازم، درناژ دستی لنف یا پمپ‌های مخصوص برای کاهش تورم.

- آموزش به بیمار برای ارتقای مراقبت و آگاهی از علائم و نشانه‌های عفونت هنگام تماس با جراح یا پرستار.
- کنترل محل جراحی برای تقلیل ورم یا کنترل برونده درناژ، و در صورت نیاز در جریان گذاشتن جراح، حفظ آرامش بیمار.
- در صورت دستور استفاده از بانداژ الاستیک و کیسه یخ روی محل عمل.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- بررسی آمادگی بیمار برای انجام مراقبت از خود بر پایه آموزش در مورد مراقبت از محل برش، علائمی که باید گزارش شود، کنترل و درمان درد، انجام ورزشهای بازو، مراقبت از دست و بازو، و کنترل درناژ و دخیل کردن اعضای خانواده در امر مراقبت.
- تامین پیگیری به‌وسیله تماس تلفنی به‌منظور مطرح کردن نگرانی‌ها در مورد جراحی، درمان درد و اطمینان یافتن بیمار و خانواده.
- آموزش نحوه تخلیه منبع تجمع ترشحات خروجی، و اندازه‌گیری میزان درناژ در صورت ترخیص با درن در محل.

تداوم مراقبت

- تقویت آموزش زودرس طبق نیاز.
- آموزش برای انجام معاینات پستان توسط خود فرد، و تشویق بیمار به انجام این کار به صورت ماهیانه.
- ارجاع بیمار به مراقبت‌های منزل در صورت لزوم و یا تمایل بیمار.
- تاکید بر نیاز پیگیری و ملاقات با پزشک (هر سه ماه یکبار به مدت ۲ سال، سپس هر ۶ ماه تا ۵ سال و سپس سالیانه).

ارزشیابی

برآیند مورد انتظار از بیمار

- آگاهی در مورد تشخیص و روش‌های درمانی را نشان دهد.
- کنار آمدن و تطابق با اضطراب و ترس‌هایش را بیان کند.

- توانایی برای تطبیق با تشخیص و درمان را ثابت کند.
- توانایی تصمیم‌گیری برای انتخاب روش‌های درمان را در زمان مناسب ابراز کند.
- محل برش جراحی را تمیز و خشک و دور از تماس نگه داشته و آن‌را بدون علائمی از التهاب و عفونت حفظ کند.
- کاهش درد و روش‌های درمان درد را گزارش کند.
- علائم و نشانه‌های مربوط به عفونت را که باید گزارش کند، لیست نماید.
- احساس پذیرش تغییرات در تصویر ذهنی را بیان کند.
- در فعالیت‌های مراقبت از خود شرکت کند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سرطان دهانه رحم (سرویکس) Cancer of cervix

سرطان سرویکس در اغلب موارد (۹۰٪) سرطان سلول اسکواموس است و البته ادنوکارسینوما هم دیده می‌شود که کمتر شیوع دارد، چرا که شناسایی زودرس به وسیله تست پاپ امکان‌پذیر است. با این حال این سرطان به عنوان سومین سرطان‌زایای رایج در بین زنان شناخته شده است. بیشتر بین سنین ۳۰ تا ۴۵ سالگی رخ می‌دهد اما می‌تواند در زنان جوان‌تر از ۱۸ سال هم رخ بدهد. عوامل خطر متفاوتی چون شرکای جنسی متعدد، سیگار کشیدن و یا عفونت‌های سرویکس (مواجهه با ویروس اپشتاین بار) نیز شناسایی شده است.

تظاهرات بالینی

- سرطان سرویکس در اغلب موارد علامتی ندارد. تخلیه ترشحات، خون‌ریزی غیرطبیعی یا خون‌ریزی بعد از تماس جنسی وقتی رخ می‌دهد که بیماری ممکن است پیشرفته شده باشد.
- ترشحات واژینال به‌صورت افزایش مقدار، آبکی شدن و در نهایت ترشحات تیره رنگ و بدبو بوده که به‌علت نکروز و عفونت توده سرطانی اتفاق می‌افتد.
- خون‌ریزی در فواصل غیرعادی بین دوره‌های پریود و یا بعد از منوپوز رخ می‌دهد، که ممکن است خفیف (فقط لکه‌هایی روی لباس بر جای گذارد)

باشد، و معمولاً توجه به بیمار بعد از ترومای خفیف (رابطه جنسی، دوش گرفتن، یا اجابت مزاج) لازم است. در صورت ادامه‌ی بیماری، خون‌ریزی ممکن است زخ داده و افزایش یابد.

- درگیری اعصاب باعث ایجاد دردی طاقت‌فرسا در پشت و پاها می‌شود که در صورت پیشرفت سرطان به بافت‌های خارج از سرویکس منتقل می‌شود و شامل درگیری فوندوس و غددلنفاوی قدام ساکروم است.
- لاغری مفرط و آنمی، اغلب همراه با تب به علت عفونت‌های ثانویه و آبسه‌ها در محل خراش ناشی از تومور، و تشکیل فیستول ممکن است در مرحله آخر اتفاق بیفتد.

بررسی و یافته‌های تشخیص

- نتایج پاپ اسمیر و بیوپسی نشان‌دهنده دیسپلازی شدید، HGSIL، یا کارسینوما در محل است.
- تست پاپ غیرطبیعی ممکن است به‌وسیله بیوپسی، دیلاتاسیون و کورتاژ (D&C)، اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT)، (MRI) بررسی رزونانس مغناطیسی تصویربرداری، اروگرافی داخل وریدی (IVU)، سیتوگرام و رادیوگرافی با باریم همراه باشد.

درمان طبی

بیماری ممکن است بر پایه سیستم مرحله‌بندی و طبقه‌بندی بین‌المللی مرحله‌بندی شود یا همان طبقه‌بندی TNM به‌منظور انتخاب روش درمانی مطابق با پیشرفت سرطان باشد.

- درمان حفاظتی شامل کرایوتراپی (منجمد کردن به‌وسیله نیتروس اکساید)، لیزرتراپی - برش لوپ الکتروسرجیکال (LEEP)، و یا کونیزاسیون (برداشتن قطعه‌ای مخروطی شکل از نواحی سرویکس) می‌باشد.
- هیسترکتومی ساده در صورتی که تهاجم کمتر از ۳ میلیمتر باشد. تراکلکتومی رادیکال یا هیسترکتومی متناوباً انجام می‌شود.
- برای سرطان مهاجم، هیسترکتومی رادیکال، رادیوتراپی (پرتودرمانی‌خارجی یا براکیوتراپی)، یا شیمی‌درمانی (سیس پلاتین، کربوپلاتین، و پاکلی تاکسل

[تاکسول]) یا ترکیبی از این درمان‌ها ممکن است استفاده شود.
- برای سرطان‌های عود کننده خارج کردن محتویات لگن[1] انجام می‌شود.

C

فرآیند پرستاری: بیمار تحت عمل هیسترکتومی

برای اقدامات مراقبتی بیشتر، فرآیند پرستاری بیمار دچار سرطان و پرستاری بیماران با رژیم‌های مختلف درمانی را ملاحظه نمایید.

بررسی
- گرفتن تاریخچه سلامتی.
- انجام معاینات لگنی و جسمی و مطالعات آزمایشگاهی.
- جمع‌آوری داده‌ها در مورد حمایت‌های روانی اجتماعی بیمار و واکنش‌های او.

تشخیص
تشخیص‌های پرستاری
- اضطراب در ارتباط با تشخیص سرطان، ترس از درد، ترس از عدم باروری، و تغییر شکل.
- آسیب تصویر ذهنی در ارتباط با تغییرات نازایی، ترسهایی در زمینه جنسی و ارتباط برقرار کردن با همسر و خانواده.
- درد در ارتباط با جراحی و دیگر درمان‌ها.
- کمبود دانش درباره وضعیت قبل از عمل هیسترکتومی و مراقبت از خود.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی
- خون‌ریزی.
- ترومبوز ورید عمقی.
- اختلال عملکرد مثانه.

1- Exentration

تسکین درد

- به‌منظور کاهش درد از ضددردها استفاده کنید و درصدد ارتقای حرکت و ترخیص بیمار باشید.
- سوند بینی معدی بیمار را باز و تمیز نگه دارید (البته در صورتی که سوند وجود دارد).
- بیمار را به شروع تدریجی دریافت غذا و مایعات تشویق نمایید، البته در صورتی که حرکات دودی روده‌ها سمع شد (۱ تا ۲ روز) به سرپاشدن سریع‌تر تشویق کنید.
- در صورتی که شکم بیمار نفاخ است، طبق دستور از گرما روی شکم بیمار یا سوند رکتال استفاده کنید.

پایش و اداره‌ی عوارض

- **خون‌ریزی:** شمارش تعداد پدهای استفاده شده در ناحیه پرینه و بررسی میزان اشباع آن‌ها از خون، کنترل علائم واژینال، کنترل پانسمان‌های شکم از نظر ترشحات، راهنمایی در مورد محدودیت حرکتی و فعالیتی به‌منظور ارتقای التیام و پیشگیری از خون‌ریزی.
- ***ترومبوز ورید عمقی:*** استفاده از بانداژ الاستیک، تشویق و کمک به بیمار در تغییر پوزیشن مکرر، کمک به خروج سریع بیمار از تخت و انجام ورزش‌های پا، کنترل درد پاها و علامت هومن مثبت[1]، محدودیت بیمار برای اجتناب از وارد ساختن فشار طولانی روی زانوها (نشستن) و بی‌حرکتی.
- ***اختلال در کارکرد مثانه:*** کنترل برونده ادراری و بررسی اتساع شکم بعد از خروج سوند، آغاز ارزیابی برای تشویق بیمار.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- اطلاعات را با نیازهای بیمار سازگار نمایید: فقدان سیکل‌های قاعدگی،

1- Homan's sign

تسکین درد

- به‌منظور کاهش درد از ضددردها استفاده کنید و درصدد ارتقای حرکت و ترخیص بیمار باشید.
- سوند بینی معدی بیمار را باز و تمیز نگه دارید (البته در صورتی که سوند وجود دارد).
- بیمار را به شروع تدریجی دریافت غذا و مایعات تشویق نمایید، البته در صورتی که حرکات دودی روده‌ها سمع شد (۱ تا ۲ روز) به سرپاشدن سریع‌تر تشویق کنید.
- در صورتی که شکم بیمار نفاخ است، طبق دستور از گرما روی شکم بیمار یا سوند رکتال استفاده کنید.

پایش و اداره‌ی عوارض

- *خون‌ریزی:* شمارش تعداد پدهای استفاده شده در ناحیه پرینه و بررسی میزان اشباع آن‌ها از خون، کنترل علائم واژینال، کنترل پانسمان‌های شکم از نظر ترشحات، راهنمایی در مورد محدودیت حرکتی و فعالیتی به‌منظور ارتقای التیام و پیش‌گیری از خون‌ریزی.
- *ترومبوز ورید عمقی:* استفاده از بانداژ الاستیک، تشویق و کمک به بیمار در تغییر پوزیشن مکرر، کمک به خروج سریع بیمار از تخت و انجام ورزش‌های پا، کنترل درد پاها و علامت هومن مثبت[1]، محدودیت بیمار برای اجتناب از وارد ساختن فشار طولانی روی زانوها (نشستن) و بی‌حرکتی.
- *اختلال در کارکرد مثانه:* کنترل برونده ادراری و بررسی اتساع شکم بعد از خروج سوند، آغاز ارزیابی برای تشویق بیمار.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- اطلاعات را با نیازهای بیمار سازگار نمایید: فقدان سیکل‌های قاعدگی،

1- Homan's sign

نیازهای هورمونی.

C

- بیمار را برای شروع تدریجی فعالیت‌ها آماده سازید، برای مدت طولانی ننشیند؛ و این که سرگیجه بعد از جراحی باید به تدریج کاهش یابد.
- بیمار را به‌منظور کنترل روزانه محل برش جراحی آماده سازید و به وی بفهمانید که هرگونه قرمزی، ترشحات چرکی یا کلاً ترشحات غیرمعمول را گزارش نماید.
- بر اهمیت دریافت کافی از راه دهان و حفظ عملکرد روده‌ها تأکید کنید.
- به بیمار آموزش دهید که حمام دوش بر حمام در وان ارجحیت دارد. این امر به‌منظور کاهش خطر عفونت و جراحاتی است که داخل یا خارج وان ممکن است ایجاد شود.
- از بلند کردن و ایجاد کشش شدید، تماس جنسی یا رانندگی تا زمانی که توسط پزشک توصیه شده اجتناب نماید.
- هرگونه ترشحات واژینال، بوهای متعفن و غیرمعمول، خونریزی شدید، قرمزی یا درد پاها، یا افزایش درجه حرارت بدن را فوراً به مراقب بهداشتی اطلاع دهد.

تداوم مراقبت

- برنامه پی‌گیری تلفنی و تماس با بیمار را به‌منظور راهنمایی در مورد نگرانی‌ها و تعیین پیشرفت‌های بیمار پی‌ریزی نمایید.
- به بیمار انجام مشاوره در مورد جایگزینی هورمونی را به پزشک مربوطه، در صورتی که تخمدان‌ها خارج شده تذکر دهید.
- اطلاعات بیمار را در مورد روابط جنسی تقویت نمایید.
- بر اهمیت انجام پی‌گیری‌ها و تنظیم قرار ملاقات تأکید نمایید.

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- کاهش اضطراب را تجربه نماید.
- تصویر ذهنی بهتری داشته باشد.
- درد و ناراحتی کمتری را تجربه نماید.
- درک و دانش خود را در مورد مراقبت از خود بیان نماید.

● هیچ عارضه‌ای را تجربه نکند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۷، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

C

Cancer of the colon and Rectum (colorectal cancer)

سرطان کولن ورکتوم (سرطان کولورکتال)

سرطان کولورکتال عمده‌ترین (۹۵٪) آدنوکارسینوما است که سرطان کولن تقریباً بیش از دو برابر سرطان رکتوم مردم را درگیر می‌سازد. این سرطان معمولاً با یک پولیپ خوش‌خیم آغاز شده که بعد بدخیم می‌شود و انتشار می‌یابد (اغلب موارد به کبد). عوامل خطر شامل سن بالای ۸۵ سال، تاریخچه خانوادگی از سرطان کولن یا پولیپ‌ها، سابقه بیماری‌های التهابی روده، و رژیم پرچربی، پرپروتئین و مصرف زیاد گوشت گاو و فیبر کم می‌باشد. اغلب $\frac{3}{4}$ بیماران با تشخیص زودرس و درمان فوری بهبود می‌یابند و در صورت تشخیص دیررس بقایی کمتر از ۵ سال در انتظار بیماران خواهد بود.

تظاهرات بالینی

- تغییر در عادات روده‌ای (رایج‌ترین علامتی که ظاهر می‌شود)، وجود خون در مدفوع (دومین علامت شایع).
- بسیاری از بیماران برای مدت طولانی فاقد علامت هستند و تنها زمانی که علائم فوق‌الذکر مورد توجه آن‌ها قرار می‌گیرد در جستجوی کمک پزشکی برمی‌آیند.
- آنمی بدون علت، آنورکسی، کاهش وزن، سرگیجه.
- ضایعه در سمت راست ممکن است با بی‌حسی و کوفتگی و درد شکم و ملنا همراه باشد (مدفوع سیاه قیری).
- ضایعه در سمت چپ با انسداد گزارش می‌شود (درد شکمی و کرامپ، مدفوع نواری، یبوست و نفخ و اتساع شکم) و وجود خون به رنگ قرمز روشن در مدفوع دیده می‌شود.

- ضایعات رکتال با دل‌پیچه[1] (کشیدگی و فشار دردناک و غیرمؤثر برای دفع مدفوع)، درد رکتال و احساس دفع ناکامل بعد از تخلیه روده‌ها و اجابت مزاج، وجود یبوست به همراه اسهال و مدفوع خونی گزارش می‌شود.
- علائم بروز عوارض شامل: انسداد کامل یا موضعی روده، گسترش تومور و زخم‌ها به دیواره‌های عروق خونی اطراف (پرفوراسیون، شکل‌گیری آبسه، پریتونیت، سپسیس، شوک) می‌باشد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- انجام آزمایشات و معاینات شکمی و ناحیه رکتال، تست خون مخفی مدفوع، انمای باریم، پروکتوسیگموئیدوسکوپی، و کولونوسکوپی، بیوپسی، یا گرفتن نمونه برای سیتولوژی.
- مطالعات کارسینوامبریونیک آنتی‌ژن (CEA) باید در ۴۸ ساعت اول بعد از جراحی تومور انجام شده و شروع تبدیل به حالت نرمال را بررسی نماید (برای پیش‌بینی میزان بهبودی و درمان‌پذیری به کار می‌رود).

ملاحظات سالمندی

غیر از سرطان ریه و پروستات در مردان، سرطان کولن و رکتوم نیز جزء شایع‌ترین بدخیمی‌ها در سنین بالا در نظر گرفته می‌شوند. علائم و نشانه‌ها اغلب داخلی هستند، خستگی اغلب اوقات وجود دارد که ممکن است در ارتباط با آنمی فقر آهن به‌وجود آمده باشد. از دیگر نشانه‌های شایع که گزارش می‌شود می‌توان به درد شکم، انسداد، دل‌پیچه و خونریزی رکتال اشاره کرد.

سرطان کولن در سنین بالا دقیقاً در رابطه با محرک‌ها و کارسینوژن‌های رژیم غذایی، کمبود فیبر و چربی زیاد مشاهده می‌شود. بعد از جراحی، بیماران سالمند ممکن است کاهش بینایی و شنوایی را تجربه نمایند که هماهنگی حرکتی آن‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد، در نتیجه احتمالاً برای حمل لوازم استوما و انجام مراقبت از استوما نیازمند کمک می‌باشند. اغلب بیماران سالمند تقریباً ۶ ماه باید وقت صرف کنند تا بتوانند مراقبت از استومای خود را به راحتی انجام دهند. در برخی موارد، آرتریواسکلروز ناشی از سن بالا باعث

1- Tenesmus

کاهش جریان خون به محل زخم‌ها و استوما شده و در نتیجه، زمان التیام ممکن است طولانی‌تر شود. بعضی از بیماران بعد از شست‌وشو دچار تأخیر در دفع می‌شوند که به‌دلیل کاهش حرکات دودی و فرآورده‌های موکوسی ایجاد می‌شود.

درمان طبی

درمان سرطان به مرحله بیماری و عوارض آن بستگی دارد. انسداد با تجویز مایعات وریدی و ساکشن بینی معدی یا در صورت وجود خونریزی با تجویز فرآورده‌های خونی قابل درمان است. درمان حمایتی و کمک کننده[1] (مثل شیمی‌درمانی، رادیوتراپی، ایمونوتراپی) نیز انجام می‌شود.

درمان جراحی

- جراحی در اغلب سرطان‌های کولون و رکتوم درمان اولیه است. نوع جراحی به منطقه و اندازهٔ تومور بستگی داشته و ممکن است درمانی یا تسکینی باشد.
- سرطان‌هایی که به یک موضع مشخص محدود شده‌اند می‌توانند به‌وسیله یک کولونوسکوپ[2] خارج شوند.
- کولوتومی لاپاراسکوپیک با پولیپکتومی[3] نیز انجام می‌شود.
- لیزر نئودیمیوم ـ ایتریوم آلومینوم گارنت[4] (Nd:YAG) نیز در برخی ضایعات مؤثر واقع می‌شود.
- برش روده به همراه آناستوموز و احتمالاً کولستومی یا ایلئوستومی دائم یا موقت نیز انجام می‌شود (در کمتر از یک سوم بیماران) یا استفاده از یک منبع کولوآنال[5] (کیسه J شکل کولن) امکان‌پذیر است.

1- Adjuvant therapy
2- Colonoscope
3- Laparoscopic colotomy with polypectomy
4- Neodymium-yttrium-oluminum-garnet laser
5- Coloanal reservoir

C

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به سرطان کولورکتال

بررسی

- گرفتن یک تاریخچه سلامتی (شامل بیماری‌های التهابی روده یا پولیپ‌ها)، توجه به نشانه‌های اصلی قدیمی (مثل خستگی، الگوی دفع، رژیم غذایی، سابقه کاهش وزن) مفید است.
- توجه به وجود و ماهیت دردهای شکمی یا درد ناحیه رکتال؛ درمان‌های دارویی، سابقه پزشکی قبلی، رنگ، بو و چسبندگی و حجم مدفوع و وجود خون و موکوس در آن و از دست دادن وزن کمک‌کننده است.
- شنیدن صداهای روده از طریق شکم و لمس شکم برای یافتن مناطق تحریک‌پذیر و حساس، مناطق متسع شده و نفاخ، توده‌های جامد، و مشاهده مدفوع برای یافتن خون در آن انجام می‌شود.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- تغذیه نامتعادل: کمتر از نیازهای بدنی در ارتباط با تهوع و بی‌اشتهایی.
- خطر کاهش حجم مایعات در ارتباط با استفراغ و دهیدراتاسیون.
- اضطراب در ارتباط با انجام جراحی و تشخیص سرطان.
- احتمال غیرمؤثر بودن رژیم درمانی در ارتباط با کمبود دانش و آگاهی در مورد تشخیص، روش‌های جراحی، مراقبت از خود، بعد از ترخیص از بیمارستان.
- اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با برش جراحی، استوما، آلودگی پوست اطراف استوما با مدفوع.
- اختلال در تصویر ذهنی در ارتباط با وجود کولوستومی.
- الگوهای جنسی غیرمؤثر در ارتباط با استومی و تصور از خود.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- عفونت پرده پریتوان.

- انسداد کامل روده بزرگ.
- خونریزی معدی روده‌ای.
- پارگی روده.
- پریتونیت، آبسه‌ها، سپسیس.

برنامه‌ریزی و اهداف

مهمترین و اصلی‌ترین اهداف در این بیماران ممکن است شامل، به تعادل رساندن سطح تغذیه و مایعات و الکترولیت‌ها باشد. ضمناً کاهش اضطراب، دفع فرآورده‌های زائد بدنی، حفاظت از پوست نواحی اطراف استوما، آگاهی در مورد تشخیص‌ها، درمان و روش‌های جراحی و مراقبت‌های بعد از ترخیص، التیام بافتی و تمامیت پوستی اطراف استوما در حد متعادل، بیان احساسات و نگرانی‌ها در مورد کولوستومی و قرار گرفتن آن در جای خود، و عدم این عوارض نیز مد نظر است.

مداخلات پرستاری

آماده ساختن بیمار برای جراحی.

- آمادگی فیزیکی بیمار برای جراحی (رژیم پرکالری، پرپروتئین و پرکربوهیدرات و کم باقی‌مانده، رژیم غنی از مایعات در حدود ۲۴ تا ۴۸ ساعت قبل از عمل یا تغذیه وریدی (PN) در صورت تجویز مهم است.
- تجویز آنتی‌بیوتیک، مسهل، انما، و یا شستشوی روده‌ها طبق دستور.
- اندازه‌گیری جذب و دفع مایعات در بیماران بستری (شامل مواد استفراغی)، قرار دادن سوند بینی معدی، و درمان با مایعات وریدی.
- کنترل سطوح مایعات (مثل تورگور پوستی، غشاءهای مخاطی).
- کنترل علائم انسداد و پارگی (افزایش نفخ شکم، فقدان صداهای روده‌ای، درد، یا سفتی).
- تقویت و تأمین دانش مورد نیاز بیمار در مورد تشخیص‌ها، پیش‌آگهی، روش‌های جراحی، سطوح عملکردی مورد انتظار بعد از عمل که شامل اطلاعاتی در مورد زخم بعد از عمل و مراقبت از استوما، رژیم محدود، کنترل درد، و درمان طبی می‌باشد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید به مراقبت پرستاری سرطان مراجعه نمایید.

C

حفظ سطوح تغذیه‌ای مطلوب

- تأمین رژیم پرکالری، پر پروتئین، و پرکربوهیدرات و کم باقی‌مانده.
- تأمین رژیم کاملاً مایع حدود ۲۴ تا ۴۸ ساعت قبل از جراحی طبق تجویز.
- تجویز تغذیه وریدی (PN) در بیماران بستری.
- کنترل جذب و دفع، تجویز و کنترل مایعات وریدی و الکترولیت‌ها طبق دستور.
- قرار دادن و کنترل سوند بینی معدی و توجه به ترشحات موجود.

حفظ تعادل مایعات و الکترولیت‌ها

- تجویز ترکیبات ضدتهوع و محدودیت دریافت مایعات و غذا برای پیش‌گیری از استفراغ، کنترل شکم از نظر نفخ، فقدان صداهای روده‌ای یا درد و سفتی (علائم انسداد و یا پارگی روده‌ها).
- ثبت جذب و دفع و محدودیت دریافت دهانی مایعات و غذا برای پیش‌گیری از استفراغ.
- کنترل الکترولیت‌های سرم به‌منظور حفاظت بیمار از هایپوکالمی و هایپوناترمی.
- بررسی علائم حیاتی برای یافتن نشانه‌های هایپوولمی، تاکیکاردی، هایپوتانسیون و کاهش حجم نبض.
- بررسی سطوح هیدراسیون و گزارش هر گونه کاهش تورگور پوستی، غشاهای مخاطی خشک، غلیظ شدن ادرار.

تأمین حمایت عاطفی

- بررسی سطوح اضطراب بیمار و مکانیسم‌های تطابقی که برای مقابله و تطبیق با استرس و فشار استفاده می‌کند.
- حفظ خلوت بیمار اگر مطلوب اوست. طراحی و آماده ساختن بیمار برای انجام روش‌های تن‌آرامی و تجسمات مطلوب، گوش کردن به صحبت‌های بیماری که تمایل دارد به تخلیه هیجانات بپردازد.
- ترتیب دادن قرار ملاقات با یک روحانی در صورت تمایل بیمار.
- تأمین ملاقات بین بیمار و خانواده با پزشکان و پرستاران برای بحث پیرامون درمان و پیش آگهی و روند بهبود و یک ملاقات با متخصص

استوما ممکن است، مفید واقع گردد.

- تأمین راحتی بیمار با کمک تن‌آرامی، هم دردی با وی و مشغول کردن او به کار.
- توضیح در مورد همه آزمایشات و روش‌های درمانی به زبانی قابل فهم برای بیمار و تکرار در صورت نیاز.

C

حمایت از یک تصویر ذهنی مثبت

- تشویق بیمار به بیان احساسات و نگرانی‌ها.
- تأمین محیطی حمایت‌کننده و ایمن برای بهبود تطابق با تغییرات شیوه زندگی در ارتباط با مراقبت از استوما.

پایش و اداره‌ی عوارض

- قبل و بعد از جراحی مشاهده و توجه برای یافتن علائم عارضه، گزارش، و انجام مراقبت‌های ضروری.
- تجویز آنتی‌بیوتیک طبق دستور برای کاهش باکتری‌های روده‌ای در آماده‌سازی بیمار برای جراحی روده.
- بعد از عمل، بررسی پانسمان زخم به صورت مکرر در ۲۴ ساعت اول، کنترل عفونت، خونریزی و افزایش تورم ضروری است.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- نیازها و اطلاعاتی که مد نظر بیمار است را بررسی نموده و به تأمین نیازهای اطلاعاتی بیمار و خانواده او بپردازید (بخش مداخلات پرستاری و حمایت‌های عاطفی را ملاحظه نمایید).
- بر پایه نیازهای بیمار در شرف ترخیص به وی اطلاعات خاص و ضروری را آموزش دهید.
- در صورتی که بیمار استوما دارد، اطلاعاتی در مورد نحوه مراقبت از استوما و عوارض آن که خود شامل انسداد و گرفتگی، عفونت، تنگی استوما، پرولاپس یا پیچ خوردگی، و تحریکات پوستی اطراف استوما می‌باشد را به وی ارائه دهید.

C

- برای کمک به بیمار به‌منظور پیش‌گیری از بروز اسهال و یا یبوست رژیم غذایی بیمار را از مواد ایجاد کننده این حالات محدود نمایید.
- برای بیمار لیستی از داروهای تجویز شده به همراه اطلاعاتی پیرامون نحوه عملکرد دارو، هدف و عوارض جانبی احتمالی داروها تهیه‌نمایید.
- نحوه درمان و چگونگی تعویض پانسمان‌ها را برای بیمار شرح داده و با او مرور نمایید و خانواده او را به مشارکت در امر درمان تشویق کنید.
- برای بیماری که تحت تغییر مسیر مواد دفعی قرار گرفته در مورد زمان تماس با پزشک و عوارضی که باید به آن‌ها توجه فوری نمود (مثل خونریزی، اتساع و نفخ شکمی و سفتی شکم، اسهال و سندرم تهی‌شدگی[1]) آموزش دهید.
- عوارض جانبی پرتودرمانی (بی‌اشتهایی، استفراغ، اسهال و فرسودگی) را در صورت لزوم یا بیمار مرور نمایید.
- در صورت نیاز بیمار را به مراقبت‌های پرستاری در منزل ارجاع دهید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- کاهش اضطراب را تجربه نماید.
- در مورد تشخیص‌ها، روش‌های جراحی، آمادگی‌های قبل از عمل، و مراقبت از خود بعد از ترخیص اطلاعاتی بیاموزد.
- محل عمل، استوما، و زخم‌های پرینه را تمیز نگه دارد.
- بدون هیچ عارضه‌ای بهبود یابد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سرطان آندومتر Cancer of the Endometrium

سرطان آندومتر رحم (فوندوس یا کرپوس[2]) جزء شایع‌ترین

1- Dumping syndrome

2- Corpus

آدنوکارسینوماهاست که از آستر رحم سرچشمه می‌گیرد. این سرطان چهارمین سرطان شایع در بین زنان و رایج‌ترین نئوپلاسم‌های حفره لگنی است. عوامل خطر این سرطان شامل سن بالا و چاقی مرضی[1] است. زنانی که درمان هورمونی جایگزین (HRT) بدون پروژسترون دریافت می‌نمایند، نیز در ریسک بالایی قرار دارند. استفاده از تاموکسیفن[2] نیز ممکن است خطر آفرین باشد. از دیگر عوامل خطر می‌توان به ناباروری، مبارک زودرس، عدم اوولاسیون، دیابت، فشار خون بالا، بیماری کیسه صفرا[3] و منوپوز دیررس اشاره کرد.

تظاهرات بالینی

خونریزی غیرمعمول و خون ریزی بعد از منوپوز باعث افزایش شک به سرطان اندومتر می‌شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- معاینات ژنیکولوژیک و بررسی آنان.
- آسپیراسیون و یا بیوپسی آندومتر در موارد خونریزی‌های قبل از منوپوز یا حین منوپوز انجام می‌شود.
- اولتراسونوگرافی.

درمان طبی

درمان بر پایه مرحله سرطان، نوع، تمایز، و تهاجم بیماری صورت می‌گیرد. اصولاً درمان شامل هیسترکتومی توتال[4] و سالپنگواوفورکتومی دو طرفه[5] و نمونه‌برداری از غده می‌باشد. رادیوتراپی داخل حفره‌ای یا خارج از حفره لگنی ممکن است بخشی از درمان‌های قبل یا بعد از جراحی باشد. هورمون‌درمانی یا شیمی‌درمانی ممکن است برای درمان عود ضایعات در واژن استفاده شود.

1- Obesity
2-Tomoxifen
3- Gallbladder disease
4- Total hysterectomy
5- bilatral salpingo - oophorectomy

ضایعات برگشت‌پذیر واژن به وسیله جراحی و رادیوتراپی درمان می‌شوند.

C

تدابیر پرستاری

برای اطلاعات بیشتر به مداخلات پرستاری سرطان دهانه رحم مراجعه نمایید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۷، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سرطان مری Cancer of the Esophagus

کارسینومای مری معمولاً از نوع اسکواموس سلول اپیدرم است که شیوع این آدنوکارسینومای مری در ایالات متحده افزایش یافته است. سلول‌های سرطانی ممکن است موکوس مری و یا لایه عضلانی را درگیر ساخته و می‌توانند به غدد لنفاوی نیز انتشار یابند. در مراحل دیرتر ممکن است منجر به انسداد مری و پرفوراسیون مدیاستن شده، یا باعث فرسایش و ساییدگی عروق بزرگ شوند.

عوامل خطرزا

- جنس (مردان).
- نژاد (آفریقایی‌های آمریکایی تبار).
- سن (ریسک بالا در دهه پنجم زندگی است).
- محل جغرافیایی (شیوع بالا در چین و شمال ایران). در دیگر قسمت‌های جهان در مواردی که از پیپ‌های اپیومی استفاده می‌شده یا عادت به بلعیدن یک‌باره نوشیدنی‌های داغ یا کمبودهای غذایی (دقیقاً کمبود میوه و سبزیجات) وجود داشته باشد، دیده شده است.
- تحریکات مزمن مری.
- استفاده از الکل و تنباکو.
- ریفلاکس‌های معده به مری (برگشت محتویات معده به مری).

تظاهرات بالینی

- معمولاً بیماران با ضایعات زخمی پیش‌رفته مری مراجعه می‌نمایند.

- دیس فاژی در ابتدا برای غذاهای جامد و در نهایت برای مایعات نیز به‌وجود می‌آید.
- احساس پری و وجود توده در گلو و بلع دردناک وجود دارد.
- درد در ناحیه زیر استرنوم یا پری، رگورژیتاسیون غذای هضم نشده با تنفس متعفن و در نهایت سکسکه رخ می‌دهد.
- خونریزی، کاهش وزن پیش‌رونده و مداوم و شدید در ارتباط با گرسنگی رخ می‌دهد.

بررسی و روش‌های تشخیص

ازوفاگوگاسترودئودنوسکوپی (EGD) به همراه بیوپسی و براشینگ در ۹۵٪ موارد تشخیص را مسجل می‌سازد. دیگر ارزیابی‌ها شامل اولتراسوند آندوسکوپی، برونکوسکوپی، و مدیاستینوسکوپی می‌باشد.

درمان طبی

درمان سرطان مری در صورتی که سرطان در مراحل اولیه باشد کاملاً امکان‌پذیر است. در مراحل تأخیری هدف، درمان تسکینی خواهد بود. هر بیمار در مسیری سوق داده می‌شود که برایش بهترین نتیجه حاصل شود.

- جراحی، پرتودرمانی، شیمی‌درمانی، یا ترکیبی از این روش‌ها ممکن است برحسب وسعت ضایعه و بیماری انجام شود.
- درمان تسکینی به‌منظور حفظ تمامیت مری در حد نیاز، اتساع مری، درمان با لیزر، رادیوتراپی، و شیمی‌درمانی انجام می‌شود.
- ازوفاگکتومی[1] از راه سینه یا شکم و یا انجام پیوند آزاد ژژونال[2] هم ممکن است.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا سرطان مری

برای اطلاعات بیشتر به مداخلات پرستاری بیمار مبتلا به سرطان در بخش سرطان مراجعه کنید.

بررسی

- یک تاریخچه کامل از سلامتی (اشتها، ناراحتی بلع، غذاهایی که باعث درد

1- Esophaygectomy

2- Free jejunal graft transfer

می‌شود) به‌دست آورید.
- در مورد عوامل زمینه‌ساز ناراحتی مری در گذشته و حال (مثل الکل یا تنباکو) از بیمار سؤال کنید.

C

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- تغذیه نامتعادل کمتر از نیازهای بدنی در ارتباط با سختی در عمل بلع.
- خطر بروز آسپیراسیون در ارتباط با بلع دشوار و یا تغذیه از طریق لوله.
- درد در ارتباط با بلع دشوار و سخت.
- کمبود آگاهی در مورد سرطان مری، مطالعات تشخیصی، درمان و بازتوانی.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف مراقبتی شامل بهبود تغذیه و سطوح جسمی برای آماده‌سازی بیمار جهت انجام جراحی، پرتودرمانی یا شیمی‌درمانی می‌باشد؛ عدم بروز لطمات تنفسی، تسکین درد، افزایش سطح آگاهی و درک بیمار؛ و فقدان عوارض بعد از عمل نیز جزء اهداف مطلوب می‌باشد.

مداخلات پرستاری

- مشاهده دقیق بیمار برای یافتن رگوژریتاسیون، دیس‌پنه، و آسپیراسیون بعد از جراحی.
- کنترل علائم عفونت یا نشت از محل آناستوموز و کنترل درجه حرارت.

آماده ساختن بیمار برای جراحی

به بیمار در مورد ابزاری که بعد از عمل استفاده خواهد شد (مثل درناژ قفسه‌سینه، ساکشن بینی معدی، درمان با مایعات وریدی و لوله‌گذاری معدی) آموزش دهید.

مراقبت از بیمار بعد از جراحی

- به‌منظور کاهش خطر آسپیراسیون و پیش‌گیری از ریفلاکس ترشحات

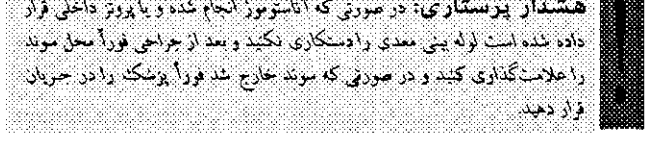
معده، بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار داده، و بعد پوزیشن بیمار را به حالت نشسته درآورید.

C

- برای بیمار در مورد ساکشن از راه دهان توضیح دهید.

بهبود التیام زخم

- در صورت انجام پیوند، محل پیوند را در ۱۲ ساعت اول هر ساعت بررسی نمایید.
- رنگ محل پیوند را بررسی نموده و از سونوگرافی داپلر به‌منظور یافتن نبض در محل انجام پیوند استفاده نمایید.



هشدار پرستاری: در صورتی که آناستوموز انجام شده و یا پروتز داخلی قرار داده شده است لوله پی معدی را دستکاری نکنید و بعد از جراحی فوراً محل سوند را علامت‌گذاری کنید و در صورتی که سوند خارج شد فوراً پزشک را در جریان قرار دهید.

بهبود تغذیه کافی

- بیمار را برای شرکت در برنامه‌های افزایش وزن بر پایه رژیم پرپروتئین و پرکالری به شکل مایع یا نیمه‌جامد به صورت وعده‌های زیاد و حجم کم راهنمایی کنید.
- در صورت لزوم، تغذیه وریدی را شروع و کنترل نمایید.
- به صورت مداوم سطوح تغذیه بیمار را کنترل کنید.
- بعد از شروع تغذیه، بیمار را به نوشیدنی جرعه‌های کوچک آب و وعده‌های کوچک غذایی تشویق نمایید.
- خانواده را نیز درگیر قضایا کنید. ممکن است غذایی که در منزل طبخ شده ترجیح داده شود.
- غذاها را به شیوه‌ای مطبوع آماده سازید.
- برای فشارهای وارده به معده، حتماً آنتی‌اسید تجویز نمایید. ترکیبات مایع احتمالاً راحت‌تر تحمل می‌شوند.

- زمانی که تغذیه و دریافت غذا به حد کفایت رسید تغذیه وریدی را قطع نمایید. بیمار را ملزم نمایید که آرام غذا بخورد و غذا را به خوبی بجود.
- تقریباً ۲ ساعت بعد از هر وعده غذایی بیمار را در حالت قائم قرار دهید یا به حرکت غذا کمک کنید.
- در صورتی که بیمار دچار آبریزش از دهان است، یک تکه گاز کوچک را در گوشه دهان بیمار قرار دهید تا ترشحات را جمع کند و در صورت نیاز ساکشن ترشحات را انجام دهید.
- بیمار را از نظر آسپیراسیون ترشحات به درخت تراکئوبرونشیال بررسی کنید (خطر پنومونی).

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار برای برنامه‌ریزی در مورد نیازهای جسمی و روحی و همچنین برای مراقبت‌های پی‌گیری کمک نموده، او را راهنمایی کنید.
- تجهیزات مخصوص را در صورت نیاز تأمین نموده و به بیمار و خانواده او در مورد نحوه استفاده از آن‌ها آموزش دهید.
- به بیمار پیرامون طراحی وعده‌های غذایی کمک کرده و در مورد استفاده از داروها طبق تجویز و انجام فعالیت‌ها آموزش دهید.
- در مورد نیازهای تغذیه‌ای و چگونگی ارزیابی کفایت تغذیه آموزش دهید.
- به بیماران سالمند و ناتوان آموزش و کمک‌های لازم را در مورد نحوه تخصیص انرژی برای فعالیت‌های مهم در عین اجرای محدودیت‌ها ارائه نمایید.
- بیمار و خانواده را با نحوه آماده سازی وعده‌های غذایی و حفظ تغذیه نرمال (شش وعده غذایی) آشنا کنید.
- به بیمار و خانواده او در مورد هوشیار بودن نسبت به علائم بروز عوارض آموزش دهید.
- به بیمار برای اجرای درست دستورات دارویی کمک نمایید تا بتواند به موقع فعالیت‌های روزانه خود را به بهترین صورت ممکن به اجرا درآورد.
- بیمار را در مورد چگونگی اداره ابزار و درمان‌ها آشنا نمایید.
- به بیمار در مورد چگونگی دستیابی به راحتی و آسایش آموزش دهید و او را

در مورد چگونگی کسب حمایت‌های جسمی و عاطفی مورد نیاز راهنمایی کنید.

- در صورت لزوم بیمار را به سیستم مراقبت در منزل ارجاع دهید.

C

ارزشیابی

برآیند مورد انتظار از بیمار

- دریافت غذایی کافی را تقویت نماید.
- آسپیره نکند و مبتلا به پنومونی نشود.
- از درد رهایی یافته و قادر به کنترل درد در سطوح قابل تحمل باشد.
- اطلاعات خود را در مورد حالات مختلف مری و درمان‌ها و پیش‌آگهی و پیشرفت بیماری افزایش دهد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۵، درمانه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Cancer of kidneys (Renal Tumors)

سرطان کلیه (تومور کلیه)

شایع‌ترین نوع تومور کلیه (۸۵٪) معمولاً تومور سلول کلیه یا آدنوکارسینومای کلیه می‌باشد. عوامل خطر شامل جنس (مرد)، استفاده از تنباکو، تماس شغلی با ذرات شیمیایی، چاقی مرضی، و دیالیز می‌باشد. این تومورها ممکن است خیلی زود به ریه‌ها، استخوان‌ها، کبد، مغز، و کلیه مجاور متاستاز دهند. یک‌چهارم بیماران در زمان تشخیص دچار متاستاز شده‌اند.

تظاهرات بالینی

- بسیاری از تومورهای کلیه بدون علامت بوده و تنها به‌وسیله لمس یک توده در شکم در یک معاینه معمولی کشف می‌شوند.
- سه‌گان[1] کلاسیک تنها در ۱۰ درصد بیماران رخ می‌دهد که شامل هماچوری، درد و یک توده در پهلو می‌باشد.

1- Triad

- علامتی که معمولاً در ابتدا در رابطه با تومور جلب توجه می‌نماید هماچوری بدون درد است که به‌صورت دوره‌ای و میکروسکوپیک و یا به‌صورت مداوم و شدید می‌باشد.
- درد ملال‌انگیز در ناحیه پشت بدنبال فشاری که منجر به فشردگی حالب‌ها می‌شود بروز کرده و یا اتساع تومور یا خونریزی داخل بافت کلیه منجر به تولید درد می‌شود.
- درد کولیکی در صورتی که لخته یا توده وارد حالب‌ها شود رخ می‌دهد.
- ممکن است نشانه‌های متاستاز جزء اولین تظاهرات تومور کلیه باشد، که شامل کاهش وزن بدون علت، افزایش ضعف و سستی و آنمی می‌باشد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- اوروگرافی داخل رگی.
- معاینات سیستوسکوپیک.
- نفروتوموگرام، آنژیوگرام کلیه.
- اولتراسونوگرافی.
- اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT).

درمان طبی

هدف درمان ریشه کنی تومور قبل از متاستاز به دیگر اعضا می‌باشد.

- نفرکتومی رادیکال درمان انتخابی است، که شامل برداشتن کلیه، غده آدرنال و چربی‌های پوشاننده آن، فاشیا و غدد لنفاوی است. نفرکتومی پارشیال ممکن است در برخی بیماران انجام شود.
- رادیوتراپی، هورمون‌تراپی، و یا شیمی‌درمانی ممکن است به همراه جراحی استفاده شود.
- ایمونوتراپی شاید کمک‌کننده باشد.
- در مورد ضایعات جامد کلیه جراحی از طریق نفرون[1] انجام شود.
- آمبولیزاسیون از طریق سرخرگ کلیه در موارد متاستاز و فشردگی عروق

1- Nephron - sparing surgery

انجام می‌شود که باعث قطع جریان خون به سلول تومور شده و آن‌را می‌کشد. سندرم بعد از انفارکتوس ناحیه پهلو و درد شکمی، افزایش درجه حرارت و عوارض معدی روده‌ای به‌وسیله ترکیبات ضددرد وریدی و ترکیبات ضد تهوع و محدودیت دریافت دهانی و مایعات وریدی درمان می‌شوند.

- درمان با عوامل بیولوژیکی شامل اینترلوکین ۲ (IL-2)، سلول‌های کشنده فعال‌کننده لنفوکین‌ها (LAK) و یا احتمالاً اینترفرون نیز مفید است.

تدابیر پرستاری

برای اطلاعات بیشتر مداخلات پرستاری بیمار مبتلا به سرطان در بخش سرطان را ملاحظه نمایید.

- در پروسیجرهای درمانی و روش‌های تشخیصی به بیمار از نظر روحی و جسمی کمک کنید و به دقت علائم دهیدراتاسیون و فرسودگی را مورد توجه قرار دهید.
- بعد از جراحی برای درد و زخم‌های عضلات از ضددردهای سریع‌الاثر به‌طور مکرر استفاده نمایید.
- در هنگام چرخیدن به بیمار کمک دهید، بیمار را به تغییر وضعیت دادن تشویق کرده و او را ملزم به انجام سرفه و تنفس عمیق نمایید تا از بروز آتلکتازی و دیگر عوارض ریوی پیش‌گیری نماید.
- بیمار و خانواده را در تطابق با تشخیص و نگرانی‌ها و تعارضات آن‌ها در مورد پیش آگهی و پیامدها حمایت کنید.
- به بیمار در مورد مشاهده محل برش و انجام سایر مراقبت‌های بعد از عمل آموزش دهید.
- بیمار را با محدودیت‌های حرکتی و فعالیتی و بلند کردن اجسام و رانندگی آشنا سازید.
- بیمار را در مورد استفاده صحیح از داروهای تسکین دهنده درد کاملاً توجیه کنید.
- ساختار مناسب در مورد مراقبت‌های پی‌گیری و نیاز به توجه به نکات پزشکی تب، سختی در تنفس، وجود ترشحات زخم، خون در ادرار، درد یا کشیدگی در پاها پی‌ریزی نمایید.

C

- خانواده و بیمار را با ضرورت پی‌گیری برای جلوگیری و حفاظت بیمار از وقوع متاستاز آشنا ساخته و کلیه علائم متاستاز احتمالی را به آنها گوشزد نمایید.
- بر لزوم معاینات سالیانه و رادیوگرافی قفسه سینه برای بیمار تحت جراحی کارسینومای کلیه تأکید نمایید.
- با پی‌گیری شیمی‌درمانی، به بیمار و خانواده آموزش دهید تا با برنامه درمانی یا پروتکل شیمی‌درمانی و اینکه چه وقایعی اتفاقی می‌افتد و اینکه چگونه پزشک را در جریان بگذارند آشنا شوند. نیاز به ارزیابی دوره‌ای عملکرد کلیه را برای بیمار توضیح دهید (شفافیت ادرار، نیتروژن اوره خون [BUN]) و کراتینین).
- بیمار و خانواده را در مورد خوب بودن وضعیت بیمار مطمئن سازید.
- در صورت نیاز بیمار را برای کنترل و حمایت دقیق و هماهنگی بین سرویس‌های خدماتی به پرستار مراقبت در منزل ارجاع دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۵، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سرطان حنجره Cancer of the larynx

سرطان حنجره اغلب به‌صورت اسکواموس سل شایع است و ممکن است در ناحیه گلوت رخ دهد: طناب‌های صوتی (دوسوم موارد)، ناحیه بالای گلوت و ناحیه زیر گلوت. این سرطان در صورتی که زود شناخته شود قابل درمان است. عوامل خطر این سرطان عبارتند از: جنس مذکر، سن ۵۰ تا ۷۰ سال، استفاده از تنباکو (شامل نوع بدون دود)، کشیدگی صوتی، لارنژیت مزمن، مواجهه باکارسینوژن‌های صنعتی، کمبودهای تغذیه‌ای (ریبوفلاوین)، و استعداد خانوادگی.

تظاهرات بالینی

- خشونت صدا در موارد سرطان ناحیه گلوت خیلی زود مورد توجه قرار می‌گیرد. صدا با تن پایین و خشن.

- درد و سوزش در ناحیه گلو، هنگام نوشیدن مایعات داغ و آب میوه‌های محرک.
- احساس توده در گردن.
- علائم تأخیری: دیس‌فاژی، دیس‌پنه، انسداد یا وجود ترشحات یک طرفه، مداومت خشونت صدا یا زخم و تنفس متعفن.
- بزرگی غدد لنفاوی گردنی، کاهش وزن، ناتوانی عمومی، و دردی که به گوش انتشار می‌یابد احتمال متاستاز را مطرح می‌سازد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- لارنگوسکوپی غیرمستقیم.
- معاینه مستقیم به‌وسیله لارنگوسکوپ تحت بیهوشی عمومی.
- بیوپسی از بافت‌های مشکوک و استفاده از سیستم مرحله‌بندی TNM که به‌وسیله کمیته سرطان آمریکا گسترش یافته است.
- دیگر تست‌ها: اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT)، MRI برای بررسی آدنوپاتی‌ها، توموگرافی انتشار پوزیترون (PET) برای یافتن عود تومورها پس از درمان.

درمان طبی

درمان‌های متفاوتی بر پایه وسعت بدخیمی وجود دارد که عبارتند از: پرتودرمانی، شیمی‌درمانی، جراحی، و یا ترکیبی از این‌ها.

- معاینه کامل دندانپزشکی برای یافتن بیماری‌های دهان و مشکلات دندان‌ها باید در صورت امکان قبل از جراحی برطرف شوند.
- وقتی که تنها یک طناب صوتی درگیر شده و حرکت دارد، پرتودرمانی نتایج بسیار عالی در مراحل اولیه تومورهای ناحیه گلوت به همراه دارد. ممکن است پرتو درمانی برای کاهش اندازه تومور یا به‌منظور ارزیابی تسکینی قبل از جراحی به کار رود.
- لارنژکتومی پارشیال در مراحل اولیه سرطان گلوت با درگیری تنها یک طناب صوتی ترجیح داده می‌شود، که درصد بهبودی زیادی دارد.
- لارنژکتومی بالای گلوت (هوریزنتال) برای مراحل ابتدایی تومورهای بالای گلوت استفاده می‌شود. طناب‌های سالم و تراشه در تماس با هم حفظ

می‌شوند، برش رادیکال گردن نیز در درگیری این قسمت انجام می‌شود، صدا نیز حفظ می‌شود.

C

- همی لارنژکتومی (لارنژکتومی پارشیال مایل) نیز زمانی که تومور به طناب‌های صوتی گسترده شده اما کوچکتر از ۱cm است و تنها به ناحیه زیر گلوت محدود شده انجام می‌شود.
- لارنژکتومی توتال با قراردادن دریچه تراکیال برای سرطان‌هایی که در طناب‌های صوتی گسترده یافته است و سرطان‌های عودکننده مقاوم انجام می‌شود، که برش گردنی رادیکال انجام می‌شود، صدا از دست می‌رود اما بلع نرمال باقی می‌ماند.
- گفتاردرمانی زمانی مورد نیاز است که صحبت از طریق ازوفاژ یا لارنکس الکتریکی و یا سوراخ کردن مری و نای[1] انجام شده باشد.

فرآیند پرستاری: بیمار تحت لارنژکتومی

به مداخلات پرستاری بیمار مبتلا به سرطان در بخش سرطان مراجعه نمایید که اطلاعات بیشتری در مورد مراقبت پرستاری در مورد دیگر رژیم‌های درمانی در اختیار قرار می‌دهد.

بررسی

- بیمار را از نظر خشونت صدا، زخم گلو، دیس‌پنه، دیس‌فاژی، یا درد و سوزش در ناحیه گلو بررسی کنید.
- گلو را از نظر بلع لمس نمایید.
- توانایی بیمار را در شنیدن، دیدن، خواندن و نوشتن بررسی کنید و در صورت لزوم بیمار را یک گفتار درمان ارزیابی نماید.
- میزان نیاز به جراحی را تخمین بزنید، سطوح روحی بیمار را ارزیابی کرده روش‌های تطابقی بیمار و خانواده او را ارزیابی کنید (قبل و بعد از عمل) و حمایت‌های مؤثر را به آن‌ها ارائه نمایید.

1- tracheo esophageal puncture

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

بر پایه همه داده‌های جمع‌آوری شده تشخیص‌های پرستاری اصلی ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- کمبود آگاهی در مورد روش‌های جراحی و موارد بعد از عمل.
- اضطراب در ارتباط با تشخیص سرطان و احتمال جراحی.
- پاکسازی غیرمؤثر راه هوایی در ارتباط با انجام جراحی روی راه‌های هوایی.
- اختلال در ارتباط کلامی در ارتباط با خارج شدن حنجره و ادم ناحیه.
- تغییر در تغذیه کمتر از نیازهای بدن در ارتباط با ناتوانی در هضم و یا بلع دردناک و مشکل.
- اختلال در تصویر ذهنی، قبول خود، و اعتماد به نفس در ارتباط با جراحی وسیع در ناحیه گردن.
- نقص و کمبود در امر مراقبت از خود در ارتباط با مراقبت‌های بعد از عمل.
- استعداد و احتمال عدم پذیرش برنامه‌های نوتوانی و حفظ و اداره منزل.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

بر پایه داده‌های جمع‌آوری شده عوارض احتمالی که ممکن است توسعه یابند شامل موارد زیر می‌باشد:

- دیسترس تنفس (هایپوکسی، انسداد راه هوایی، ادم تراشه).
- خونریزی.
- عفونت.
- شکنندگی زخم‌ها.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی در بیمار ممکن است شامل آگاهی در مورد درمان، کاهش اضطراب، باز بودن راه هوایی، بهبود ارتباط، سطوح تغذیه و هیدراتاسیون متعادل، تصویر ذهنی مثبت و اعتماد به نفس کافی، ادارهٔ مراقبت از خود، تمایل به برنامه‌های بازتوانی، حفظ و اداره امور منزل و عدم بروز عوارض باشد.

C

مداخلات پرستاری

تأمین آموزش به بیمار

- روشن ساختن هر گونه ابهام و ارائه مطالب آموزشی به بیمار و خانواده در مورد جراحی (نوشتاری یا شنیداری ـ دیداری) و تقویت و مرور اطلاعات.
- توضیح اینکه در صورت انجام لارنژکتومی کامل صدای طبیعی از بین می‌رود.
- به بیمار اطمینان دهید که می‌تواند مشارکت بیشتری در برنامه‌های نوتوانی داشته باشد.
- ابزار و درمان‌هایی که ممکن است بخشی از برنامه‌های مراقبتی بعد از عمل را تشکیل دهند را با بیمار مرور کنید.
- نحوه سرفه و تنفس عمیق را به بیمار آموزش دهید.

کاهش افسردگی و اضطراب

- بررسی آمادگی روحی بیمار ضروری است و به بیمار شانس ابراز احساسات را بدهید و احساسات و ادراکات را با وی تقسیم نمایید؛ به سؤالات بیمار و خانواده او پاسخ‌های کامل و روشن بدهید.
- یک ملاقات را با بیمارانی که مراحل بعد از لارنژکتومی را می‌گذراند برای بیمار ترتیب بدهید تا به بیمار کمک کنید با موقعیت جدید تطبیق یافته و بداند که نوتوانی امکان‌پذیر است.

حفظ کفایت راه هوایی

- بیمار را بعد از بیهوشی در مرحله ریکاوری در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید.
- بیمار را به شروع تنفس عمیق تشویق کنید؛ در صورت لزوم ترشحات را ساکشن نمایید و او را به خروج سریع از تخت تشویق کنید.
- برای یافتن علائم و نشانه‌های دیسترس تنفسی بیمار را تحت نظر قرار دهید؛ علائم عبارتند از: تحریک‌پذیری، بی‌قراری، آژیتاسیون، گیجی، تاکی‌پنه، تاکی‌کاردی، استفاده از عضلات فرعی در تنفس و کاهش اشباع اکسیژن.
- انسداد را فوراً توسط ساکشن و وادار کردن بیمار به سرفه و تنفس عمیق از بین ببرید.

- در صورتی که عملکردهای پرستاری قادر به بهبود سطوح تنفسی نبود فوراً پزشک را مطلع سازید.
- از داروهای کاهنده تنفس با احتیاط استفاده کنید و از نظر دپرسیون تنفسی بیمار را تحت کنترل قرار دهید.
- از لوله لارنژکتومی دقیقاً مشابه لوله تراکیوستومی مراقبت نمایید و رطوبت آن را حفظ کنید.
- استوما را پاکیزه نگهداشته، هر روز طبق تجویز آن را تمیز نمایید و بعد از سرفه در صورت نیاز دریچه را باز کرده و تمیز کنید.

ارتقای ارتباط و بازتوانی گفتار

- از یک سیستم ارتباطی مثل لوح جادویی[1] یا سیگنالهای دست استفاده کنید.
- برای تزریق‌های داخل وریدی از دستی که برای نوشتن استفاده نمی‌شود بهره گیرد.
- اگر بیمار قادر به نوشتن نمی‌باشد از یک سیستم جایگزین مثل سیگنال‌ها و اشارات دست یا تخته‌های مخصوص کلمات و تصاویر استفاده کنید.
- با بیمار تمرین کنید، گفتار درمان و خانواده باید برای یافتن راه‌های ارتباطی مشارکت نمایند.
- بیمار را با روش‌های ارتباطی جایگزین کلام آشنا نمایید. رایج‌ترین آن‌ها صحبت از طریق ازوفاژ یا استفاده از حنجره الکتریکی و سوراخ کردن نای و مری می‌باشند.

تأمین تغذیه و هیدراسیون کافی

بیمار را به مدت چند روز ناشتا نگه دارید و طبق تجویز یک منبع تغذیه‌ای جایگزین برای او در نظر بگیرید. مایعات وریدی، تغذیه روده‌ای، تغذیه کامل وریدی (PN)، و برنامه غذایی را برای بیمار و خانواده او شرح دهید.

- تغذیه از راه دهان را با مایعات کم حجم که بلع راحتی دارند آغاز کنید. بیمار را به اجتناب از غذاهای شیرین دعوت نمایید، چون باعث افزایش

1- Magic slate

چسبندگی و سرکوب اشتهای بیمار می‌شوند؛ غذاهای جامد را طبق تحمل بیمار به وی بدهید.

C

- بیمار را به شستشوی دهان با آب گرم یا دهانشویه و مسواک به‌طور مکرر تشویق نمایید.
- بیمار را از نظر بلع دشوار (حین تغذیه) مورد توجه قرار داده و وقوع این حالت را به پزشک گزارش کنید.

بهبود درک از خود

- بیمار را به بیان و توضیح احساسات در مورد تغییرات ناشی از جراحی (ترس، عصبانیت، افسردگی و یا انزوا) تشویق نمایید. شنونده و حمایت‌کننده‌ی خوبی برای بیمار و خانواده باشید.
- از یک ذهنیت مثبت استفاده کرده و مشارکت هر چه زودتر بیمار را در فعالیت‌های مراقبت از خود جلب کنید.
- بیمار را به گروه‌های حمایتی ارجاع دهید؛ از این دسته می‌توان به فقدان صدا یا یک صدای جدید و یا من می‌توانم کنار بیایم اشاره کرد.

پایش و اداره‌ی عوارض احتمالی بعد از عمل

عوارض بعد از لارنژکتومی شامل دیسترس تنفس (هایپوکسی، انسداد راه هوایی، ادم تراشه)، خونریزی، عفونت و بدتر شدن زخم‌ها است.

- برای دیسترس تنفس، به بازنگه داشتن راه هوایی توجه کنید.
- به رنگ پریدگی، سردی، پوست مرطوب که ممکن است از علائم خونریزی فعال باشند توجه کنید.
- ترشحات زخم را مورد توجه قرار داده، آن‌ها را اندازه‌گیری و ثبت نمایید.
- در صورت بروز هر گونه خونریزی فعال فوراً پزشک را در جریان قرار دهید.
- تغییرات علائم حیاتی را دقیقاً تحت کنترل قرار دهید: افزایش نبض، کاهش فشار خون، یا تنفس سریع و عمیق.
- علائم زودرس عفونت را مد نظر قرار دهید: تغییر در ماهیت ترشحات زخم، افزایش ناحیه قرمزی یا تحریک‌پذیری در محل جراحی، ترشحات چرکی، متعفن، و افزایش ترشح از زخم‌ها.

- ناحیه استوما را از نظر وخامت زخم، هماتوم، خونریزی مورد توجه قرار داده تغییرات مشهود را به جراح اطلاع دهید.
- بیمار را به دقت کنترل کرده، خصوصاً او را از نظر خونریزی کاروتید بررسی نمایید.

C

هشدار پرستاری: بعد از عمل در مورد عوارض جدی احتمالی مثل پارگی سرخرگ کاروتید کاملاً هوشیار باشید. در صورت وقوع این اتفاق با فشار مستقیم روی سرخرگ کمک بخواهید و تا زمانی که عروق ترمیم شوند حمایت‌های روحی کافی را از بیمار به عمل آورید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به محض اینکه توانایی بیمار اجازه داد او را برای مشارکت در برنامه‌های آمادگی برای ترخیص آماده کرده، آمادگی او را برای فراگیری بسنجید.
- در مورد انجام مراقبت از خود و دانش لازمه اطلاعاتی کسب کرده، به بیمار و خانواده او اطمینان دهید که استراتژی‌ها می‌توانند کاملاً تحت کنترل آن‌ها باشند.
- در مورد مراقبت از استوما و تراکیوستومی اطلاعات مخصوص ضروری را به بیمار ارائه دهید. مراقبت از زخم و بهداشت دهان شامل ساکشن و ارزیابی و برآوردهای فوری را نیز مدنظر داشته باشید.
- مخاط حساس بدن را تمیز و پاک نگه داشته، پوست اطراف استوما را حداقل ۲ بار در روز شستشو دهید و در صورتی که دلمه ایجاد شد با استفاده از لوبریکانت به همراه پماد و محلول‌های غیرروغنی استوما را آغشته نمایید.
- بیمار را برای حفظ رطوبت کافی در محیط، به حداقل رساندن جریان هوا و نوشیدن مایعات آموزش دهید.
- بیمار را برای کاهش مورد انتظار حس چشایی و بویایی بعد از جراحی آماده سازید.
- به بیمار آموزش دهید که هنگام دوش گرفتن برای جلوگیری از وارد شدن آب به استوما جوانب احتیاط را رعایت نماید.
- بیمار را به شنا کردن تشویق نکنید چرا که بیمار با لارنژکتومی ممکن است در آب غرق شود.

- توجه داشته باشید که بیمار باید از وارد کردن اسپری‌های مو، پودرها و هرگونه جسم خارجی به استوما اجتناب کند.
- تأکید نمایید که تمرین و فعالیت‌ها باید در حد توان و به صورت متعادل و متوسط انجام شود چرا که هنگام خستگی، بیمار برای صحبت با صدای جدید با مشکل مواجه خواهد شد.

تداوم مراقبت

- بیمار را به ملاقات با پزشک به‌منظور دریافت توصیه‌ها و انجام معاینات دوره‌ای معمول تشویق کنید.
- اطمینان یابید که بیمار با ضرورت تماس فوری با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه در زمان نیازهای خاص حین بروز مشکلات قلبی ریوی آشناست.
- به خانواده در مورد انجام ونتیلاسیون دهان به استوما و نحوه گذاشتن پیغام‌های اورژانسی برای پلیس آتش‌نشانی و دیگر منابع نجات بیمار در منزل آموزش دهید.
- برای کمک به بیمار و خانواده، آن‌ها را به مراکز مراقبت در منزل ارجاع دهید تا بررسی‌های پی‌گیری و آموزش به درستی انجام گیرد.

ارزشیابی

برآیند در مورد انتظار از بیمار

- به سطوح مناسب و کافی از آگاهی دست یابد، ادراکات خود را از روش‌های جراحی و انجام به موقع مراقبت از خود بیان کند.
- کاهش اضطراب و افسردگی را ابراز نماید.
- راه هوایی را بصورت تمیز و باز حفظ کند.
- تکنیک‌هایی مثل تمیز کردن یا تعویض لوله لارنژکتومی را به صورت صحیح، ایمن و با مهارت انجام دهد.
- تکنیک‌های مؤثر ارتباطی را بشناسد و بکار بندد.
- دریافت مایعات و تغذیه متعادل داشته باشد.
- بهبود تصویر ذهنی را بیان کرده، اعتماد به نفس و درک از خود را به خوبی نشان دهد.

- هیچ عارضه‌ای را بیان نکند.
- با برنامه‌های مراقبت در منزل و نوتوانی تطبیق یابد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سرطان کبد Cancer of the Liver

سرطان‌هایی که مستقیماً از کبد منشا بگیرند بسیار کم هستند و معمولاً تومورهای اولیه کبد در افرادی رخ می‌دهد که دچار بیماری‌های مزمن کبدی بوده‌اند (سیروز). کارسینومای هپاتوسلولار (HCC) شایع‌ترین نوع سرطان کبد است که معمولاً به دلیل رشد بسیار سریع و متاستاز به همه نقاط اطراف قابل برداشتن نیست. دیگر انواع تومور شامل کارسینومای کولانژیوسلولار (CCC) و ترکیبی از HCC و CCC می‌باشد، که اگر زود تشخیص داده شود ممکن است برش جراحی امکان‌پذیر باشد، اما در هر صورت کشف سریع آن نادر است.

سیروز، هپاتیت B و C و مواجهه مستقیم با مواد شیمیایی و سمی می‌تواند در طبقه‌بندی اتیولوژی HCC قرار بگیرند. سیگار کشیدن خصوصاً هنگامی که با نوشیدن الکل همراه شود مسلماً جزء یکی از عوامل خطر مهم شناخته می‌شود. از دیگر موادی که با اختلال همراه می‌شود می‌توان به آفلاتوکسین و دیگر ترکیبات سمی مشابه اشاره کرد، اما بیش از نیمی از موارد سرطان کبد در اثر متاستاز از نواحی دیگر به وجود آمده‌اند.

تظاهرات بالینی

- تظاهرات بالینی شامل درد (کرختی و درد مبهم در یک‌چهارم فوقانی راست شکم، اپی‌گاستر، یا پشت)، کاهش وزن اخیر، کاهش اشتها، تقلیل نیرو و آنمی می‌باشد.
- بزرگی کبد و سطح غیرعادی و نامعمول در لمس ممکن است مورد توجه قرار گیرد.
- تنها در صورتی که مجاری صفراوی بزرگ مسدود باشد یرقان نیز وجود خواهد داشت.

- در صورتی که وریدهای کبد مسدود شده و یا بافت تومور به حفره پریتوان انتشار یافته باشد، آسیت رخ می‌دهد.

C

بررسی و یافته‌های تشخیص

تشخیص بر پایه علائم بالینی و معاینات جسمی و نتایج مطالعات آزمایشگاهی و رادیوگرافیک، توموگرافی انتشار پوزیترون (اسکن PET)، اسکن کبد، CT اسکن، اولتراسوند، MRI، آرتریوگرافی، لاپاراسکوپی، یا بیوپسی مسجل می‌شود.

لکوسیتوز (افزایش گلبول‌های سفید خون)، اریتروسیتوز (افزایش گلبول‌های قرمز)، هایپرکالمی، هایپوگلایسمی، هایپوکلسترولمی، ممکن است در مطالعات آزمایشگاهی مشخص شود.

افزایش سطوح آلفا فیتوپروتئین سرم (AFP) نیز به‌وجود می‌آید.

درمان طبی

پرتودرمانی

- تزریق داخل وریدی آنتی‌بادی‌ها که مخصوصاً آنتی‌ژن‌های مشخص تومور را مورد حمله قرار می‌دهند.
- جایگزینی یک منبع قوی اشعه در بافت زیر جلد به‌منظور انجام رادیوتراپی داخل بافتی.

شیمی‌درمانی

- شیمی‌درمانی سیستمیک و تزریق ریشه‌ای موادی از قبیل ترکیبات آنتی‌نئوپلاسم.
- قرار دادن پمپ‌های تزریق متناوب که باعث رسیدن داروهای شیمی درمانی به کبد از طریق شریان کبدی می‌گردد.

درناژ زیرجلدی صفرا

- این درناژ به‌منظور بای پس انسداد مجاری صفراوی که از کبد ناشی شده انجام می‌شود و در بیمارانی که شانسی برای جراحی ندارند و یا تومورهای

غیرقابل جراحی، استفاده می‌شود.

- عوارض این درمان عبارتند از: سپسیس، نشت صفرا، خونریزی، انسداد مجدد سیستم صفراوی.
- بیمار را از نظر بروز تب و لرز، نشت صفرا در اطراف کتتر، تغییر در علائم حیاتی، احتمال انسداد صفرا از جمله افزایش درد و فشار، پروریتوس و عود یرقان بررسی نمایید.

دیگر روش‌های درمانی غیرجراحی

- هایپرترمی: گرما مستقیماً روی تومور اثر کرده و باعث نکروز سلول‌های توموری که در بافت‌های سالم پخش شده‌اند می‌شود.
- کرایوسرجری یک روش درمانی جدید است.
- ایجاد آمبولی در سرخرگ کلیه که باعث مسدود شدن جریان خون تومور شده و در تومورهای کوچک جوابگو است، ممکن است به منظور نکروز سلول‌های تومور از تزریق الکل نیز استفاده شود.
- ایمونوتراپی: لنفوسیت‌ها به همراه فعال‌کننده‌های آنتی‌تومور می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند.

درمان جراحی

لوبکتومی کبد ممکن است هنگامی که تومور اولیه کبد موضعی بوده و یا زمانی که محل اولیه منشأ تومور را بتوان به کلی خارج نمود و متاستاز را محدود ساخت، انجام شود. با در نظر گرفتن توانایی بازسازی سلول‌های کبدی در ۹۰٪ موارد کبد به صورت موفقیت‌آمیز خارج می‌شود. وجود سیروز از رژنره شدن مجدد کبد جلوگیری می‌نماید.

ارزیابی‌ها و آمادگی‌های قبل از عمل

- بررسی سطوح تغذیه‌ای، مایعات، روان و جسم بیمار قبل از جراحی ضروری است.
- دستگاه روده‌ای بیمار را می‌توان با استفاده از شستشوی کلون و تجویز آنتی‌بیوتیک‌های روده آماده ساخت.

پیوند کبد به منظور درمان تومور کبدی

خارج کردن کبد و جایگزینی آن به وسیله یک دهنده سالم موفقیت‌آمیز است اما عود بدخیمی‌های اولیه کبد بعد از پیوند حدود ۷۰ تا ۸۵ ٪ می‌باشد.

تدابیر پرستاری: بعد از عمل

برای اطلاعات بیشتر می‌توانید به مداخلات سرطان مراجعه نمایید.

- مشکلات در ارتباط با درگیری قلبی ریوی، عوارض عروقی، و اختلال تنفسی و اختلال عملکردی کبدی را مورد بررسی قرار دهید.
- نسبت به آنومالی‌های متابولیکی حساس باشید و دقت کنید (گلوکز، پروتئین و لیپیدها).
- بیمار را تشویق کنید هرچه سریعتر از بستر برخیزد و سایر معیارهای بعد از عمل را رعایت کند.
- کنترل دقیقی روی بیمار تحت کرایوسرجری داشته باشید چرا که هایپوترمی، خونریزی، نشت صفرا و میوگلوبینوری محتمل است.
- ۳-۲ روز اول بیمار را دقیقاً تحت نظر بگیرید.
- خانواده بیمار را برای بررسی و گزارش هرگونه عارضه یا اثرات جانبی شیمی درمانی آماده نمایید.
- بیمار را در مورد اهمیت ملاقات برای پی‌گیری و کنترل مکرر پاسخگویی بدن بیمار و تومور به شیمی‌درمانی آشنا ساخته و به او گوشزد کنید که ممکن است اثرات سمی برجای بماند که باید پی‌گیری شود.
- بیمار را به انجام هر چه سریع‌تر فعالیت‌ها تشویق کنید اما بیمار باید فعالت‌هایی را که ممکن است باعث تخریب پمپ شود را با احتیاط بیشتری انجام دهد.
- به بیمار در مورد نشانه‌های عوارض آموزش داده و او را به مطلع ساختن پرستار و پزشک در صورت بروز مشکل یا سؤال مهم تشویق نمایید.
- تکنیک‌های صحیح شستشوی را به بیمار بیاموزید تا باعث تولید باکتری نشود (مثلاً آسپیره نکند یا از سرنگ چیزی به عقب نکشد).
- به‌منظور کاهش ترس بیمار و خانواده نسبت به انجام درناژ صفرا و خروج کتتر به آن‌ها اطمینان دهید.

- راهنمایی به صورت کتبی وشناسی و نشان دادن مراقبت از سوند صفراوی به بیمار و خانواده، راهنمایی روش تمیز و خشک نگه داشتن محل سوند و بررس سوند و محل برش.
- بیمار را به مؤسسات مراقبت در منزل ارجاع دهید.
- با تیم مراقبت‌های سلامتی و بیمار و خانواده او همکاری داشته و استراتژی‌های کنترل درد و چگونگی اداره و درمان دیگر مشکلات موجود مثل ضعف دریافت ناکافی غذا، یرقان، و علائم بارز متاستاز را با هم مرور نمایید.
- به بیمار و خانواده در امر تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های خانگی و شروع ارجاع کمک کنید. بیمار را به گفتگو در مورد مراقبت‌های مراحل انتهایی حیات تشویق کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Cancer of the lung (Bronchogenic carcinoma) سرطان ریه (کارسینومای برونکوژنیک)

سرطان ریه در اثر تغییر شکل سلول اپیتلیال راه‌های هوایی تراکیوبرونشیال ایجاد می‌شود. کارسینوژن‌ها (سیگار کشیدن، گاز رادون و دیگر ترکیبات و مواجهه‌های شغلی یا محیطی) می‌باشند، که باعث تخریب سلول شده و باعث رشد و گسترش سلول به سمت بدخیمی و تومور می‌گردند. میزان بقا در این سرطان پایین است چرا که انتشار آن به ریشه‌های لنفاتیک (در ۷۰٪ بیماران) در زمان تشخیص صورت گرفته است. چهار نوع سلول سرطانی اصلی وجود دارد: اپیدرموئید یا اسکواموس کارسینوما (۳۰٪ بیماران) که بیشتر در مرکز متمرکز هستند، آدنوکارسینوما (۳۴-۳۱٪) که بیشتر به صورت توده‌های محیطی ریه دیده شده و متاستاز می‌دهد، کارسینومای سلول بزرگ (۱۶-۱۰٪) که توموری با رشد سریع است و اغلب به صورت محیطی بوده و کارسینومای سلول کوچک (اوت سل[1]) (۲۰ تا ۲۵٪ موارد) که معمولاً در برونش‌های اصلی بروز می‌نماید.

1- Oat cell

عوامل خطر شامل استفاده از تنباکو، در معرض دود سیگار قرار گرفتن، آلاینده‌های محیطی (هوا)، مواجهه‌های شغلی و اشعه می‌باشد. دیگر عوامل خطر ممکن است شامل فاکتورهای غذایی (کمبود ویتامین A) و بتا-کاروتن در اثر دریافت ناچیز میوه و سبزیجات، حالات ژنتیکی مستعد و دیگر بیماری‌های تنفسی زمینه‌ای مثل بیماری انسدادی مزمن ریوی یا سل باشد.

تظاهرات بالینی

- سرطان ریه شروعی مرموز داشته و بعد از گذشت دهه‌های مختلف زندگی معمولاً بدون علامت است تا زمانی که به مراحل انتهایی بیماری برسد.
- علائم و نشانه‌ها به موضع و محل تومور، اندازه و درجه انسداد و وسعت متاستاز بستگی دارد.
- شایع‌ترین نشانه سرفه غیرزایا و مداوم و خشک است که در مراحل انتهایی ترشح زا می‌شود و خلط چرکی ضخیم خارج می‌کند.
- هنگامی که برونش‌ها نسبتاً مسدود شوند ویزینگ مشخص می‌شود، و خلط دارای رگه‌های خونی نیز با تحریکات تولید می‌شود.
- در بعضی بیماران تب عودکننده وجود دارد.
- درد در شانه‌ها و سینه ممکن است نشانه درگیری دیواره قفسه سینه یا فضای جنب باشد. درد یک علامت تأخیری است و ممکن است نشانه متاستاز به استخوان‌ها باشد.
- درد سینه، خشونت صدا، دیس‌فاژی، ادم سر و گردن و علائم و نشانه‌های ورود مایع به پریکارد یا پلور نیز در صورت متاستاز و انتشار تومور به ساختارهای فوق یا غدد لنفاوی تظاهر می‌یابند.
- مناطق شایع متاستاز عبارتند از: غددلنفاوی، استخوان، مغز، ریه مجاور، غدد آدرنال و کبد.
- ضعف، بی‌اشتهایی و کاهش وزن هم بعداً مشخص می‌شود.

هشدار پرستاری: تغییر درماهیت سرفه‌ها باید شک به سرطان ریه را افزایش دهد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- فیلم‌های قفسه‌سینه، آزمایش خلط، اندوسکوپی یا برونکوسکوپی مدیاستینوسکوپی، آسپیراسیون با سوزن‌های نازک (FNA)، بیوپسی.
- اسکن‌های توموگرافی کامپیوتری (CT) متنوع و اسکن‌های MRI.
- تست‌های کارکرد ریه، تجزیه گازهای خون شریانی، اسکن پرفیوژن- تهویه و تست ورزش.
- مرحله‌بندی تومور به وسعت ناحیه درگیر شده توسط تومور، انتشار به غدد لنفاوی و انتشار متاستاتیک بستگی دارد (به ارزیابی‌های تشخیصی و مرحله بندی سرطان واقع در بخش سرطان مراجعه نمایید).

درمان طبی

برای دریافت اطلاعات بیشتر می‌توانید به بخش سرطان مراجعه نمایید. اهداف درمان شامل: تأمین حداکثر شانس حیات و درمان می‌باشد. و درمان به نوع سلول، مرحله بیماری و وضعیت جسمی بستگی دارد.

- درمان ممکن است شامل برش ریه‌ها یا پرتودرمانی، شیمی‌درمانی و ایمونوتراپی باشد که یا به تنهایی و یا به صورت ترکیبی استفاده می‌شوند.
- ایمونوتراپی (که در گذشته موفقیت کمی داشته) هنوز تحت بررسی است.
- درمان‌های جدیدتر شامل (ژن آنتی‌ژن تومور) نیز تحت بررسی است.

تدابیر پرستاری

به‌منظور کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید به بخش سرطان مراجعه نمایید.

درمان علائم و نشانه‌ها

بیمار و خانواده را در مورد اثرات جانبی درمان‌های اختصاصی و روش کنترل علائم آشنا سازید.

تسکین مشکلات تنفسی

- بازنگه داشتن راه هوایی، خروج ترشحات.
- تشویق به انجام تنفس عمیق، آئروسل‌تراپی، اکسیژن‌تراپی، و در صورت

لزوم استفاده از تهویه مکانیکی.

- تشویق بیمار به قرار گرفتن در وضعیت‌هایی که باعث ارتقای اتساع ریه‌ها می‌شود.
- به بیمار تمرینات تنفسی، تکنیک‌های تن‌آرامی و ذخیره انرژی را بیاموزید.
- در صورت لزوم بیمار را برای نوتوانی ریه ارجاع دهید.

کاهش خستگی

- سطوح خستگی بیمار را بررسی و علل قابل درمان را مشخص نمایید.
- بیمار را با روش‌های ذخیره انرژی آشنا سازید.
- در صورت لزوم بیمار را به فیزیوتراپ یا کاردرمان ارجاع دهید.

تأمین حمایت روحی

- به بیمار و خانواده او برای تطبیق با پیش‌آگهی ضعیف و پیشرفت بیماری (در صورت نیاز) کمک کنید.
- به بررسی نماهای مختلف فکری بیمار پرداخته و در کنار آمدن با آن‌ها کمک کنید.
- به بیمار و خانواده در امر تصمیم‌گیری برای انتخاب روش‌های درمانی کمک کنید.
- بیمار و خانواده را در تصمیم‌گیری‌های مراحل انتهایی حیات و روش‌های درمانی تحت حمایت خود قرار دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سرطان حفره دهان Concer of the oral cavity

سرطان حفره دهانی ممکن است در هر بخشی از دهان (لبها، کناره‌های زبان، کف دهان شایع‌تر است) یا گلو اتفاق بیفتد. در صورتی که زود تشخیص داده شود بسیار درمان‌پذیر است. این سرطان با استفاده از الکل و تنباکو رابطه نزدیکی دارد. عوامل خطر شامل سنین بالای ۴۰ سال (اما بیماری در افراد زیر ۳۰ سال بیشتر دیده شده)، جنس مذکر، تنباکوی بدون دود، کمبودهای غذایی، مصرف گوشت و غذاهای دودی، تحریکات مزمن توسط بخار گرم پیپ یا مواجهه طولانی مدت با خورشید و باد (سرطان لب) می‌باشد. بدخیمی حفره دهان عموماً از نوع سلول سرطانی اسکواموس است.

تظاهرات بالینی

- علائم نادرند یا وجود ندارد. شایع‌ترین علامت، زخم بدون درد یا توده‌ای که بهبود نمی‌یابد می‌باشد.
- ضایعات مشخص و دردناک زخم‌های لبه‌دار را ایجاد می‌نماید.
- وقتی سرطان پیشرفت می‌کند بیمار ممکن است تحریک‌پذیری، سختی در جویدن، بلع و تکلم را ابراز نموده و به همراه سرفه، خلط خونی داشته یا بزرگی غدد لنفاوی گردن را ابراز کند.

بررسی و روش‌های تشخیص

معاینه دهان، بررسی غدد لنفاوی گردن، و بیوپسی از ضایعات مشکوک (که طی ۲ هفته بهبود نیافته) کمک‌کننده است.

درمان طبی

با توجه به طبیعت ضایعه درمان‌ها متفاوت است و با توجه به نظر پزشک و انتخاب بیمار گزینش می‌شود. جراحی و برداشتن ضایعه، رادیوتراپی، شیمی‌درمانی یا ترکیبی از این درمان‌ها مکن است مؤثر باشد.

- *سرطان لب:* ضایعات کوچک و محدود شونده که برداشته می‌شود؛ ضایعات بزرگتر ممکن است با پرتودرمانی درمان شوند.
- *سرطان زبان:* به سختی درمان شده و درصد عود بالایی دارد، جراحی و رادیوتراپی (برش کامل یا نیمی از زبان) انجام می‌شود.
- برش رادیکال گردنی در موارد متاستاز سرطان دهان به کانال‌ها و مجاری لنفاوی گردن انجام می‌گیرد.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به سرطان دهان

برای کسب اطلاعات بیشتر مداخلات پرستاری بخش سرطان را ملاحظه فرمایید.

بررسی

- تاریخچه بیمار را برای تعیین نیازهای آموزشی و یادگیری در مورد نحوهٔ ارزیابی علائم و نشانه‌ها بررسی کنید که شامل سؤالات در ارتباط با حفره

C

دهان: بهداشت دهان و دندان، استفاده از تنباکو و الکل (خصوصاً تنباکوی جویدنی و بدون دود)؛ ضایعات یا نواحی تحریک شده در دهان، زبان یا حلق، تاریخچه وجود زخم گلو یا خلط خونی، ناراحتی هنگام خوردن برخی غذاها می‌باشد.

- انجام معاینات جسمی: مشاهده و لمس ساختارهای دهان و گلو از داخل و خارج، معاینه و بررسی چسبندگی، رنگ، قرینه بودن، رطوبت، و ضخامت ضایعه، معاینه گردن برای یافتن بزرگی غدد لنفاوی و استفاده از نور روشن و آبسلانگ برای معاینه حفره دهان.
- لبها را از نظر رنگ، ضخامت، گرمی و سردی، رطوبت و قرینه بودن و زخم یا شقاق مشاهده کنید.
- لثه‌های بیمار را از نظر التهاب، خونریزی، جمع شدگی، و تغییر رنگ و کام سخت را از نظر رنگ و شکل بررسی نمایید ضمناً به بوی تنفس هم توجه کنید.
- زبان را از نظر رنگ، نرمی، وجود ضایعه و فرنولوم[1] (عروق سطحی در سطح زیرین زبان) بررسی کنید تا از جایگاه و اندازه و رنگ و دردناکی ضایعه مطلع شوید.
- گردن را از نظر بزرگ شدن غدد لنفاوی بررسی نمایید (آدنوپاتی).

تشخیص‌های پرستاری

- اختلال در تمامیت غشاء مخاطی دهان در ارتباط با حالت پاتولوژیک، عفونت، یا صدمات مکانیکی و شیمیایی (مثل دارو درمانی - بیماری‌های دندانی).
- تغذیه نامتعادل کمتر از نیازهای بدنی در ارتباط با ناتوانی در هضم کافی غذا ثانویه به حالات دهان یا دندان‌ها.
- اختلال در تصویر ذهنی در رابطه با تغییر در ظاهر به علت بیماری یا درمان.
- ترس از درد و انزوای اجتماعی در ارتباط با بیماری یا تغییر در ظاهر فرد.
- درد در ارتباط با ضایعه دهانی یا درمان.
- آسیب به ارتباط کلامی به علت درمان.

1- Frenulum

- خطر عفونت در ارتباط با بیماری و درمان.
- کمبود دانش و آگاهی در مورد بیماری و درمان.

C

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی در بیمار ممکن است شامل بهبود حالت غشاء مخاطی دهان، بهبود دریافت تغذیه‌ای، تصویر ذهنی مثبت، راحتی، توانایی استفاده از روش‌های جایگزین ارتباطی، رهایی از عفونت و درک از بیماری و درمان آن باشد.

مداخلات پرستاری

بهبود و ارتقای مراقبت از دهان

- بیماران در خطر بروز عوارض را مشخص نمایید و به آنها برای انجام مراقبت‌های کاهنده عوارض کمک و به انجام مراقبت از دهان تشویق کنید.
- بیمار را در مورد تکنیک‌های پیش‌گیری از مشکلات دهان راهنمایی کنید: استفاده از مسواک نرم یا تهیه محلول دهانشویه از یک قاشق چایخوری سودا در ۸ اونس آب، استفاده از پر اکسید هیدروژن نیمه غلیظ یا نرمال سالین.

جلوگیری از رزوستوما (دهان خشک)

- به بیمار توصیه کنید که از غذاهای خشک، تند و تحریک‌آمیز و مایعات محرک، الکل و تنباکو اجتناب کند.
- بیمار را به افزایش دریافت مایعات و مرطوب نگه‌داشتن دهان هنگام خواب تشویق نمایید.
- در صورت نیاز برای بیمار بزاق مصنوعی، ژل‌های مرطوب کننده یا محرک تولید بزاق تهیه کنید.

تسکین استوماتیت یا موکوسیت

- به محض شروع شیمی درمانی یا رادیوتراپی اقدامات پیش‌گیرنده از ضایعات دهانی را آغاز نمایید. اگر مشکل دندانی وجود دارد درمان با فلوراید و یا درمان دندانپزشکی مفید خواهد بود.

C

دریافت غذا و مایعات کافی

- یک بررسی رژیم غذایی کامل به همراه محاسبه کالری و تخمین میزان نیاز بیمار انجام داده و تغییرات لازم در سازگاری و ماهیت غذاها را اعمال نمایید. اینها به نسبت بیماری و تکرار وعده‌های غذایی و علاقه بیمار متفاوت خواهد بود. مشاوره با متخصص تغذیه مفید خواهد بود.
- به بیمار در تهیه غذاهای مطلوب و حفظ وزن متعادل و مورد انتظار و سطوح فعالیت نرمال کمک کنید.
- بهبود بافت را تأمین کنید.

حمایت از تصویر ذهنی مثبت

- بیمار را تشویق کنید در مورد تغییرات ظاهری‌اش صحبت کند؛ به طور واقعی در مورد تغییر یا فقدان صحبت کنید.
- موقعی که بیمار ترس‌ها و احساسات منفی خود را بروز می‌دهد (واکنش منفی، افسردگی، عصبانیت) او را حمایت کنید.
- توان و دستاوردها و افکار مثبت بیمار را تقویت کرده او را به گروه‌های حمایتی ارجاع دهید و از مددکار اجتماعی، کشیش یا روحانی و یا دیگر افراد نیز بهره بگیرید.
- به علائم اندوه و سوگواری بیمار توجه نموده، تغییرات عاطفی بیمار را ثبت کنید و آن‌ها را به سوی بهبود اعتماد به نفس سوق دهید.

کاهش ناراحتی و درد

- از ترکیبات ضد درد مثل لیدوکائین (اسپری زایلوکائین ۲٪) استفاده کنید.
- به بیمار توصیه کنید که از غذاهای تند، داغ و سفت اجتناب کند.
- بیمار را از مراقبت‌های دهانی و روش‌های کنترل درد آگاه سازید.

ارتقای ارتباط مؤثر

- بررسی توانایی بیمار در امر نوشتن قبل از جراحی ضروری است.
- فراهم ساختن «لوح جادویی» یا خودکار و کاغذ برای برقراری ارتباط بعد از عمل مؤثر است.

- استفاده از تخته‌های ارتباطی در صورتی که بیمار قادر به نوشتن نیست لازم است و بعد از عمل گفتار درمانی بسیار مفید خواهد بود.

C

ارتقای کنترل عفونت

- ارزیابی نتایج آزمایشگاهی به صورت مکرر (لکوپنی ممکن است دیده شود).
- کنترل درجه حرارت هر ۸-۴ ساعت برای توجه به افزایش دمای بدن، که ممکن است نشان دهنده عفونت باشد.
- کنترل علائم عفونت مثل قرمزی، ادم، درناژ، یا تحریک‌پذیری مهم است.
- ملاقات کنندگانی که ممکن است باعث انتقال میکروارگانیسم شوند باید محدود شوند.
- از ضربه و حساسیت بافت پوستی اجتناب کرده هنگام تعویض پانسمان‌ها از تکنیک آسپتیک استفاده کنید.
- اطلاعات لازم را در مورد آنتی‌بیوتیک‌ها فراهم سازید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- بررسی نیازهای بیمار و آماده ساختن وی برای انجام مراقبت‌های دهانی، تغذیه، پیش‌گیری از عفونت، و علائم و نشانه‌های عوارض لازم است. بیمار را به پرستار مراقبت در منزل به‌منظور مراقبت جسمی، بررسی، و آموزش‌های لازم ارجاع دهید.
- یک برنامه فردی برای مراقبت بیمار آماده کنید. اگر پروتز استفاده شده، به بیمار در مورد استفاده و نحوه انجام مراقبت از آن‌ها آموزش داده و بر اهمیت تمیزی پانسمان‌ها و رعایت بهداشت دهان تأکید کنید.
- ابزاری که برای بیمار لازم است را تعیین کنید (مثل ساکشن یا لوله تراکیوستومی) و اینکه آن‌ها را از کجا باید تهیه کرد.
- هوای اتاق بیمار را مرطوب نگه داشته و از نظر رایحه‌های مختلف بررسی نمایید.
- در صورتی که بیمار نمی‌تواند غذای مایع یا نیمه جامد تهیه کرده یا به این رژیم تمایل ندارد می‌توانید از غذاهای آماده مخصوص کودکان برای آن‌ها استفاده نمایید.

- بیمار و خانواده را برای استفاده از تغذیه وریدی یا روده‌ای آماده سازید (اگر از راه دهان قادر به تغذیه نیست).
- برای بیمار مراقبی را به خدمت بگیرید که اطلاعات مربوط به علایم انسداد، خونریزی، عفونت، افسردگی و واکنش‌های منفی به بیمار را داشته باشد.
- با بیمار و خانواده او همکاری نمایید (یا شخصی که مسؤولیت مراقبت در منزل را برعهده دارد) و با سایر اعضای تیم مراقبت بهداشتی (مثل گفتار درمان، متخصص تغذیه، سایکولوژیست) به‌منظور فراهم ساختن یک برنامه مراقبتی فرد ارتباط داشته باشید.
- بیمار را به اهمیت پی‌گیری برای کنترل وضعیت جسمی و دریافت مراقبت‌های کلی و توجه به سیر درمان آشنا نمایید و مراقبت از خود و احساس راحتی را در بیمار تقویت نمایید.

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- در مورد روش‌های درمان بیاموزد.
- غشاء مخاطی دهان بهبودی نسبی را نشان دهد.
- وزن بدنی مطلوب را حفظ نماید.
- فرآیند تنفسی مناسب را انجام می‌دهد.
- از عفونت رهایی یافته است.
- دریافت مایعات و غذای کافی را انجام می‌دهد.
- با مشکل کنار آمده و ترس و انزوا و درد وی کاهش یافته است.
- سطوح قابل قبول راحتی داشته باشد.
- حداکثر فعالیت را انجام می‌دهد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۵، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سرطان تخمدان — Cancer of the ovary

به علت اینکه سرطان تخمدان معمولاً (۷۵ ٪ موارد) در مرحله پیشرفته

تشخیص داده می‌شوند بسیار استرس‌زاست. اوج شیوع آن در دهه پنجم زندگی است. عامل آن نامشخص است، اما به نظر می‌رسد که داروهای ضد بارداری خوراکی تأثیر زیادی در بروز آن دارد. آدنوکارسینومای سروز رایج‌ترین نوع تومور است. عوامل خطر این سرطان عبارتند از: رژیم پرچربی؛ سیگار کشیدن؛ الکل؛ استفاده از پودر تالکوم در ناحیه پرینه؛ سابقه سرطان پستان، کولن، آندومتر و سابقه خانوادگی سرطان تخمدان و پستان. به دنیا نیاوردن فرزند، نازایی، عدم تخمک‌گذاری نیز جزء علائم خطر مازاد بر علل فوق می‌باشند.

تظاهرات بالینی

- احساس پری و نفخ بعد از یک وعده غذای سبک، و افزایش دور شکمی.
- خونریزی‌های غیرمعمول، افزایش فشار قبل از قاعدگی، منوراژی به همراه حساسیت پستان، منوپوز زودرس، ناراحتی شکمی، سوء هاضمه[1]، فشار در حفره لگن و تکرر ادرار.
- ترکیبی از سابقه طولانی مدت اختلال کارکرد تخمدان و نشانه‌های گوارشی واگ یا تخمدان قابل لمس و برجسته در زنان بعد از منوپوز.

بررسی و روش‌های تشخیص

- هیچ تست و مکانیسم غربالگری وجود ندارد. نشانگرهای تومور قابل بررسی هستند. به وسیله معاینات لگنی در خانم‌های پرخطر می‌توان به تشخیص کمک کرد.
- هرگونه بزرگی تخمدان باید مورد توجه قرار گرفته و بررسی شود. معاینات لگنی نمی‌تواند به تشخیص زودرس سرطان تخمدان کمک کند.
- اولتراسوند ترانس‌واژینال و تست آنتی‌ژن ۱۲۵- CA در زنان پرخطر کمک‌کننده است.

1- Dyspepsia

C

درمان طبی

- درمان انتخابی خارج کردن به وسیله جراحی است.
- پی‌گیری قبل از عمل می‌تواند شامل انمای باریم، پروکتوسیگموئیدوسکوپی، تست‌های بخش فوقانی دستگاه گوارش، رادیوگرافی قفسه سینه، پیلوگرام داخل وریدی (IVP)، CT اسکن، و اوروگرافی داخل وریدی باشد.
- برای درمان مستقیم و دقیق باید مرحله بندی تومور صورت گیرد.
- هیسترکتومی کامل از راه شکم به همراه سالپنگواووفورکتومی[1] دو طرفه و امنتکتومی[2] برای مراحل زودرس بیماری مؤثر است.
- پرتودرمانی و ایزوتوپ‌های داخل پریتوئن گاهی استفاده می‌شود.
- ژن‌درمانی که در آینده امکان‌پذیر خواهد بود.
- شیمی‌درمانی، که شامل دریافت لیپوزومال یا اینتراپریتونئال است، رایج‌ترین نوع درمان در بیماری پیشرفته است (مثل سیس‌پلاتین[3]، پکلی‌تاکسیل [تاکسول][4].
- پیوند مغز استخوان و حمایت با سلول بنیادی خون محیطی ممکن است به همراه شیمی‌درمانی استفاده شود.

تدابیر پرستاری

- کنترل عوارض درمان و جراحی شکم، تظاهرات عوارض را به پزشک گزارش دهید.
- نیازهای عاطفی بیمار را تعیین نمایید، که شامل تمایلات و آرزو برای بچه‌دار شدن است و از تمایلات او حمایت نمایید و او را در وضعیت راحتی قرار داده و به او توجه نشان دهید. به بیمار اجازه دهید تا دربارهٔ احساساتش در مورد خطر مرگ و حالاتش برای شما صحبت کند.
- ارزیابی‌های پرستاری را انجام داده و درمان در رابطه با جراحی، رادیوتراپی، شیمی‌درمانی و درمان‌های تسکینی را اجرا کنید. می‌توانید مداخلات پرستاری سرطان و اقدامات پرستاری قبل و بعد از عمل را ملاحظه نمایید.

1- Salpingooophorectomy
2- Omentectomy
3- Sisplatin
4- Paclitaxel (Taxol)

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۷، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سرطان پانکراس Cancer of the pancreas

این سرطان ممکن است در هر قسمتی از پانکراس دیده شود. علائم متفاوتی بر اساس محل ضایعه و احتمال اختلال در ترشح انسولین در اثر درگیری سلول‌های مترشحه وجود دارد. این سرطان اغلب در دهه‌ی پنجم تا هفتم زندگی رخ می‌دهد. عوامل خطر شامل مواجهه با ترکیبات شیمیایی یا سموم صنعتی محیط؛ رژیم پرچربی، گوشت، یا هر دو؛ و سیگار کشیدن است. سرطان پانکراس اغلب با پانکراتیت مادرزادی، دیابت ملیتوس و پانکراتیت مزمن همراه است. تومورهایی که از قله پانکراس منشاء می‌گیرند رایج‌تر بوده و باعث انسداد مجرای مشترک صفراوی می‌شوند. عملکرد سلول جزیره‌ای سرطانی شده پاسخی به سندرم هایپرانسولینیسم است که در سرطانی شدن سلول‌های جزایر پانکراس شرکت می‌کند. البته سرطان پانکراس می‌تواند در نتیجه متاستاز از دیگر مناطق باشد. کارسینومای پانکراس بدون ارتباط با درجه تومور هنگام تشخیص ۴ درصد میزان بقاء ۵ ساله دارد.

تظاهرات بالینی

- درد شکم، یرقان، هر دو در ۹۰٪ بیماران وجود دارد. کاهش وزن نیز بسته به مرحله، یک علامت کلاسیک است اما اغلب تنها زمانی که بیماری بسیار پیش‌رفته شده خود را نشان می‌دهد.
- کاهش وزن سریع و پیش‌رونده.
- سوءجذب غذاها و ویتامین‌های محلول در چربی، آنورکسی و بی‌حالی، مدفوع به‌رنگ خاک‌رس و ادرار تیره علائم رایج در تومورهای رأس پانکراس هستند.
- درد و ناراحتی بخش‌های فوقانی یا میانی شکم که ارتباطی به عملکرد دستگاه گوارش ندارد، به عنوان دردی فرساینده از بخش میانی پشت انتشار یافته و در شب‌ها شدیدتر می‌شود (هنگامی که طاقباز دراز کشیده

است). درد اغلب پیش‌رونده و شدید است. آسیت نیز شایع است.

- وعده‌های غذایی اغلب باعث درد اپیگاستر می‌شود.
- نشانه‌های کمبود انسولین (دیابت، گلوکوزوری، هیپرگلیسمی، تحمل غیرطبیعی گلوکز) ممکن است جزء علائم زودرس کارسینوما باشد.
- رادیوگرافی از دستگاه گوارش (معده و روده‌ها) ممکن است وجود دفورمیتی در بخش‌های داخلی احشاء در ارتباط با توده پانکراس را مشخص سازد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- MRI، اولتراسوند، اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT)، کولانژیوپانکراتوگرافی آندوسکوپیک رتروگراد (ERCP) به همراه تجزیه سلولی، بیوپسی سوزنی از طریق پوست، کولانژیوگرافی پرکوتانوس ترانس هپاتیک (PTC)، آنژیوگرافی، لاپاروسکوپی و یا دئودنوگرافی.
- تست تحمل گلوکز برای تشخیص تومور سلول‌های جزیره‌ای پانکراس.
- استفاده از نشانگرهای تومور برای تعیین پیشرفت بیماری بسیار مفید و کمک‌کننده است.

درمان طبی

- روش‌های جراحی زیادی با هدف برداشتن نواحی قابل برداشت تومور به وجود آمده مثل: پانکراتکتومی، رزکسیون ویپل.
- رژیم پرپروتئین به همراه آنزیم‌های پانکراس، هیدراتاسیون کافی، ویتامین K و درمان آنمی به وسیله محصولات خونی و تغذیه کامل وریدی (PN) ممکن است قبل از جراحی لازم باشد.
- درمان اغلب به ارزیابی‌ها و روش‌های تسکینی محدود می‌شود که در زمان متاستاز وسیع سرطان مفید است خصوصاً متاستاز به کبد، ریه‌ها و استخوان‌ها.
- رادیوتراپی و شیمی درمانی نیز ممکن است استفاده گردد. به‌منظور تسکین درد ممکن است از رادیوتراپی حین جراحی (IORT) یا جای‌گذاری منبع اشعه رادیواکتیو در داخل بافت‌ها استفاده شود.
- برای کاهش یرقان ممکن است از استنت‌گذاری صفراوی استفاده شود.

تدابیر پرستاری

برای کسب اطلاعات بیشتر به تدابیر پرستاری قبل و بعد از عمل مراجعه نمایید.

- درد را کنترل نموده و به تغذیه بیمار توجه داشته باشید. در مورد بروز هایپوگلیسمی در بیماران مبتلا به تومور سلول‌های جزیره‌ای هوشیار باشید.
- به بیمار در آشنایی و شناخت همه جوانب رادیوتراپی، شیمی درمانی یا جراحی به عنوان پایه اطلاعاتی فرد کمک کنید.
- مراقبت‌های پوستی را برای بیمار به انجام رسانده و میزان تسکین درد و ناراحتی بوجود آمده به همراه یرقان، بی‌اشتهایی و کاهش وزن اساسی را ارزیابی کنید.
- بعد از عمل بیمار را تحت نظر قرار دهید: علائم حیاتی، فشار خون و گازهای خون شریانی، پالس اکسیمتری، ارزیابی‌های آزمایشگاهی و برونده ادراری.
- قبل و بعد ر حین درمان حمایت عاطفی از بیمار و خانواده به عمل آورید.
- در مورد استفاده از ترکیبات و مسکن‌های مصرفی توسط بیمار (PCA) در مورد درد شدید با بیمار گفتگو نمایید.
- در صورتی که شیمی درمانی انتخاب شد روی آموزش پیش‌گیری از ایجاد عوارض و اثرات جانبی ترکیبات استفاده شده تأکید نمایید.
- در صورت انجام جراحی به بیمار در مورد کنترل سیستم درناژ و کنترل عوارض آموزش دهید.
- در مورد روش‌های جلوگیری از ایجاد اختلالات پوستی و تسکین درد، و آنورکسی آموزش دهید که شامل آشنایی با PCA، TPN و طراحی رژیم غذایی و رعایت آن به همراه مصرف آنزیم‌های پانکراس است، چرا که ممکن است سوء جذب یا هایپرگلیسمی رخ دهد، اگر بیمار تومور سلول‌های جزایر پانکراس دارد حتماً سطوح قند خون را بررسی کنید.
- با بیمار و خانواده در مورد روش‌های تسکینی گفتگو کرده تا بتواند ناراحتی‌ها را کاهش داده و در مراقبت‌ها به آن‌ها کمک کنید و در تصمیم‌گیری‌های مراحل انتهایی حیات شرکت کنید.

- خانواده را در مورد تغییراتی که در صورت بروز در وضعیت بیمار باید حتماً گزارش شوند آگاه سازید.
- بیمار را به‌منظور تطابق با مشکلات، ناراحتی‌ها و تأثیرات روحی به سیستم مراقبت در منزل ارجاع دهید و بیمار را حین ترخیص به مراقبت‌های طولانی مدت سپرده و با پرستار مربوطه در مورد آموزش‌های لازم ارتباط داشته باشید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۰، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سرطان پروستات Cancer of the prostate

شایع‌ترین نوع سرطان در مردان، سرطان پروستات است که دومین سرطان شایع منجر به مرگ و میر در آمریکا در مردان بالای ۵۵ سال است و شایع‌ترین سرطان متداول در مردان آفریقایی آمریکایی تبار است. حدود $\frac{1}{5}$ مردان آمریکایی سرطان پروستات توسعه یافته دارند. عوامل خطر شامل افزایش سن و احتمالاً رژیم پرچربی می‌باشد.

تظاهرات بالینی

- عموماً در مراحل اولیه بدون علامت است.
- احساس وجود ندول در محتویات غده یا سختی و سفت شدن در ناحیه گسترده‌ای از لوب خلفی.

مرحله‌ی پیشرفته

- ضایعه‌ای به سختی سنگ که بی‌حرکت و ثابت است.
- علائم انسداد در مراحل انتهایی بیماری دیده می‌شود: سختی و تکرر ادرار، احتباس ادرار، کاهش جریان ادرار و کاهش اندازه و نیروی جریان ادرار.
- وجود خون در ادرار یا مایع منی؛ انزال دردناک.
- متاستاز سرطان به استخوان، غدد لنفاوی، مغز و ریه‌ها.
- علائم و نشانه‌های متاستاز شامل درد پشت، درد هیپ، ناراحتی پرینه و رکتال، آنمی، کاهش وزن، ضعف، تهوع، و اولیگوری است. هماچوری

ممکن است نتیجه تهاجم به حالب یا مثانه باشد.
- اختلال در عملکرد جنسی.

C

بررسی و روش‌های تشخیص

- به‌منظور ارتقای تشخیص زودرس، همه مردان بالای ۵۰ سال باید در هنگام معاینات معمولی تحت معاینه انگشتی رکتال (DRE) قرار گیرند . که این مسأله کلید میزان بالای درمان‌پذیری است.
- تشخیص به کمک معاینات هیستولوژی، برش‌های ترانس اورترال، پروستاتکتومی باز و آسپیراسیون سوزنی مسجل می‌شود.
- سطوح آنتی‌ژنی ویژه پروستات (PSA)، اولتراسوند ترانس رکتال، اسکن استخوان، اوروگرافی ترشحی، رادیوگرافی‌ها، تست‌های کارکرد کلیه، اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT)، لنفانژیوگرافی یا بررسی آنتی‌بادی‌های منوکلونال ممکن است انجام شود.

درمان طبی

درمان بر پایه مرحله بیماری و سن بیمار و علائم بیماری متفاوت است. برای سنجش پاسخ بیمار به درمان سرطان و به‌منظور حفاظت از بیمار در مقابل عود مجدد و پیشرفت بیماری، غلظت PSA اندازه‌گیری می‌شود.

پروستاتکتومی رادیکال

- به‌منظور برداشتن پروستات و کپسه‌های منی از راه سوپراپوبیک وارد می‌شوند (از دست رفتن خون زیاد است)، در صورتی که از راه پرینه وارد شوند دستیابی راحت‌تر است (آلودگی سریع، بی‌اختیاری و ناتوانی جنسی، و صدمات رکتال شایع است)، یا از راه رتروپوبیک (عفوت به سهولت ایجاد می‌شود).
- این روش در بیمارانی که استعداد بیماری قابل درمان داشته و شانس بقای بیش از ده سال دارند استفاده می‌شود.
- ناتوانی جنسی و درجات متفاوتی از بی‌اختیاری ادرار ممکن است به‌دنبال پروستاتکتومی رادیکال رخ دهد.

C

پرتو درمانی

- در صورتی که سرطان در مراحل اولیه باشد، درمان‌پذیر است.
- برای سرطان‌های پیشرفته موضعی قبل و بعد از پرتودرمانی از هورمون‌درمانی استفاده می‌شود.
- معمولاً اثرات جانبی شامل التهاب رکتوم، روده و مثانه است.
- با این درمان پیش‌آگهی بهتری در مورد ناتوانی جنسی وجود دارد و بیماران جوان این روش را ترجیح می‌دهند.

درمان هورمونی

- این شیوه بیشتر به کنترل بیماری می‌پردازد تا درمان.
- در این روش از تجویز استروژن یا برداشتن بیضه‌ها[1] استفاده می‌شود.
- دی‌اتیل استیل‌بسترول[2] پرمصرف‌ترین استروژن می‌باشد.
- ترکیبات آگونیست هورمون‌های محرک تخمک‌گذاری (LHRH) و داروهای آنتی‌آندروژن مثل فلوتامید و سیپروترون جدیدترین درمان‌های هورمونی می‌باشند.

دیگر درمان‌ها

- انجام برش ترانس اورترال بر روی پروستات (TURP یا TUR) یا برش داخل پیشابراهی پروستات (TUIP) برای حالات خوش خیم مفید است.
- در مورد افرادی که از نظر جسمی تحمل جراحی را نداشته و یا در موارد عود مجدد از کرایوسرجری استفاده می‌شود.
- شیمی‌درمانی با استفاده از (دوکسوروبیسین، سیس‌پلاتین و سیکلوفسفامید).
- تکرار TUR به‌منظور حفظ صحیح پیشابراه؛ و در صورتی که امکان تکرار TUR نباشد، سوند درناژ از طریق سوپراپوبیک یا ترانس اورترال حتماً قرار داده می‌شود.
- داروهای مخدر یا غیرمخدر (آنتی‌آندروژن، پردنیزون، و میتوکسانترون)

1- Orchiectomy
2- Diethyl stil estrol (DES)

برای کنترل درد ناشی از متاستاز به استخوان استفاده می‌شوند.

- تزریق خون برای حفظ سطوح هموگلوبین در حد نرمال مفید است.
- پروستاتکتومی رادیکال از طریق لاپاراسکوپی (LAP): یک روش جدید است که هنوز زیاد کاربرد ندارد.

فرآیند پرستاری: بیمار تحت پروستاتکتومی

بررسی

- گرفتن یک تاریخچه کامل به همراه عملکرد ادراری و تأثیرات بروز این اختلال بر روی شیوه‌های زندگی بیمار لازم است.
- توجه به احساس فوریت در دفع، تکرر، ادرار شبانه، دیزوری، احتباس ادرار، هماچوری یا کاهش توانایی نگهداشتن ادرار ضروری است و باید گزارش شود.
- توجه به سابقه وجود سرطان در خانواده، بیماری‌های قلبی، یا بیماری کلیه، از جمله افزایش فشار خون ضروری است.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری قبل از عمل

- اضطراب در ارتباط با ناتوانی در دفع ادرار.
- درد شدید در ارتباط با تورم مثانه.
- کمبود آگاهی و دانش کافی در مورد مشکلات و شیوه درمانی.

تشخیص‌های پرستاری بعد از عمل

- درد شدید به علت برش جراحی، قرار دادن سوند در محل و اسپاسم‌های مثانه.
- کمبود اطلاعات در مورد مراقبت‌های بعد از عمل.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- خون ریزی و شوک.
- عفونت.
- ترومبوز ورید عمقی (DVP).

- انسداد سوندها.
- اختلال عملکرد جنسی

C

برنامه‌ریزی و اهداف

مهمترین اهداف قبل از عمل در بیمار ممکن است شامل کاهش اضطراب و افزایش آگاهی در مورد مشکلات پروستات و تجربیات قبل از عمل باشد. اهداف مهم بعد از عمل عبارتند از: اصلاح تغییرات ایجاد شده در سطوح و حجم مایعات بدن، تسکین درد و ناراحتی و توانایی انجام فعالیت‌های مراقبت از خود، و ازبین‌بردن عوارض.

مداخلات پرستاری قبل از عمل

کاهش اضطراب

- حفظ خلوت و رفتار با بیمار براساس اعتماد و اخلاق حرفه‌ای.
- تشویق بیمار به در میان گذاشتن احساسات و نگرانی‌ها.
- اندوه طبیعتاً به دنبال جراحی ایجاد می‌شود و جزء نتایج مورد انتظار بعد از عمل است.

آماده سازی بیمار برای درمان

- کلیه روش‌های تشخیص را برای بیمار توضیح داده و او را با روش‌های جراحی و سیستم درناژ آشنا کنید.
- از او حمایت نموده و به سؤالاتش پاسخ دهید.
- یک زمان خصوصی و اختصاصی برای بیمار در نظر گرفته تا آناتومی و عملکرد بخش‌های تحت تأثیر بیماری را با هم مرور کنید.
- دلایل استفاده از جوراب فشاری قبل از عمل را برای بیمار توضیح دهید.
- در صورت لزوم از انما بهره گیرید.

مداخلات پرستاری بعد از عمل

کاهش ناراحتی

- هنگامی که بیمار در حال استراحت در تخت است ترکیبات ضد درد را

تجویز نموده و شروع به ارزیابی میزان تسکین اضطراب بیمار نمایید.
- الگوهای بیمار را بررسی کرده و به اتساع مثانه توجه کنید.
- اگر بیمار احتباس ادرار دارد برای او سوند قرار دهید یا در صورتی که ارزیابی‌های آزمایشگاهی ازوتمی را نشان می‌دهد.
- در صورتی که سوند از طرف بیمار تحمل نمی‌شود او را برای سیستوستومی آماده کنید.

برای دریافت اطلاعات بیشتر به مداخلات و مراقبت‌های پرستاری قبل و بعد از عمل مراجعه نمایید.

مراقبت از بیمار بعد از درمان

- علت و محل درد را پیدا کنید که شاید دلیل ایجاد آن اسپاسم مثانه باشد.
- برای درد ناشی از برش جراحی و شل کردن عضلات حلقوی اسپاسم یافته مثانه از ترکیبات ضد درد استفاده کنید.
- لوله‌های درناژ را کنترل و سیستم درناژ را برای برطرف کردن و اصلاح انسداد شستشو دهید.
- سوند را به پاها یا شکم ثابت کنید تا خارج نشود.
- پانسمان‌ها را کنترل کرده و توجه داشته باشید که بیش از حد خیس نشده و از ترشحات اشباع نشده باشد و یا از محل اصلی خود تکان نخورده باشد.
- از نرم‌کننده‌های مدفوع یا انما طبق تجویز استفاده کنید.

کنترل و درمان عوارض

- **خون‌ریزی:** مشاهده مواد خروجی از سوندها، افزایش چسبندگی و لخته‌ها یا رنگ خون که باید به صورت قرمز روشن مورد توجه قرار گیرد. کنترل جذب و دفع و علائم حیاتی، دارو درمانی، مایعات داخل وریدی و تجویز خون طبق دستور. اطمینان خاطر مددجو و خانواده او را فراهم کنید.
- **عفونت:** بررسی از نظر عفونت سیستم ادراری و اپیدیدم، دادن آنتی‌بیوتیک‌ها طبق دستور لازم است. برای بهبود التیام بعد از اینکه بخیه‌ها کشیده شد می‌توان از حمام در لگن و یا لامپهای گرمازا استفاده کرد. در تعویض پانسمان‌ها حتماً روش آسپتیک را رعایت کنید. از قرار دادن

ترمومتر در رکتال اجتناب کنید و سوند رکتال و انما نیز مجاز نمی‌باشد.

C

- *ترومبوز:* بررسی از نظر ایجاد ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی لازم است. از جوراب‌های فشاری استفاده کند. به بیمار برای خروج از تخت در روز بعد از جراحی کمک کنید. بیمار را به پیاده‌روی تشویق کنید اما نباید برای مدت طولانی بنشیند. بیماری را که هپارین می‌گیرد از نظر خونریزی فعال بررسی کنید.
- *انسداد سوندها:* نواحی تحتانی شکم را از نظر وجود اتساع کنترل نموده برای سیستم درناژ بیمار اقدامات لازم را انجام دهید. برای خارج ساختن لخته‌های خون طبق تجویز شستشوی ملایم را انجام دهید.
- *اختلال عملکرد جنسی:* پس از جراحی برای مدتی ممکن است بیمار دچار اختلال نعوذ، کاهش میل جنسی و خستگی باشد. داروها، جاگذاری ایمپلنت با جراحی، یا وسایل فشار منفی ممکن است به بازگشت عملکرد کمک کند. پس از بهبودی، اطمینان‌دادن به بازگشت میل جنسی و کاهش خستگی کمک‌کننده است. ایجاد محیط خلوت، مطمئن و اختصاص زمانی برای بحث درباره‌ی مسایل جنسی مهم است. ارجاع به یک درمانگر جنسی توصیه می‌شود.

هشدار پرستاری: شب ادرار از اطراف زخم ممکن است بعد از خروج سوندها مورد توجه قرار گیرد.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار و خانواده در مورد چگونگی مراقبت از سیستم درناژ، کنترل دفع ادرار، انجام مراقبت از زخم و استفاده از روش‌های جلوگیری از عوارض آموزش دهید.
- بیمار را در مورد علائم و نشانه‌هایی که باید به پزشک گزارش شود (مثل خون در ادرار، کاهش برونده ادرار، تب، تغییرات در ترشح زخم‌ها و یا حساسیت پذیری زیاد) آشنا سازید.
- به بیمار در مورد انجام ورزش‌های پرینه و کنترل مثانه و ادرار کمک نمایید.

- در صورت نیاز اختلالات جنسی را با بیمار در میان بگذارید (یک محیط خصوصی فراهم نمایید) و به مشاور ارجاع دهید.
- بیمار را در مورد عدم انجام مانور والسالوا طی ۸-۶ هفته اول به علت افزایش فشار وریدی و احتمال ایجاد هماچوری توجیه نمایید.
- بیمار را از انجام مسافرت طولانی مدت با ماشین و ورزش‌های کششی که باعث افزایش استعداد خونریزی می‌شوند شدیداً منع کنید.
- به بیمار توضیح دهید که غذاهای تند، الکل و قهوه می‌تواند باعث ناراحتی مثانه گردد.
- بیمار را به دریافت مایعات برای اجتناب از دهیدراتاسیون و تشکیل لخته تشویق کنید.

تداوم مراقبت‌ها

- در صورت نیاز بیمار را برای مراقبت در منزل ارجاع دهید.
- به بیمار یادآوری کنید که بازگشت کنترل مثانه مدتی زمان لازم دارد.

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار قبل از عمل

- به کاهش اضطراب دست یابد.
- کاهش درد و ناراحتی را ابراز کند.
- بینش و آگاهی کافی در مورد روش‌های جراحی و مراقبت‌های بعد از عمل (انجام تکنیک‌های کنترل مثانه و ورزش‌های عضلات پرینه) به‌دست آورد.

برآیندهای مورد انتظار از بیمار پس از عمل

- کاهش ناراحتی را ابراز کند.
- مراقبت از خود و ارزیابی وضعیت‌ها را انجام دهد.
- از بروز عوارض در امان باشد.
- تعادل مایعات و الکترولیت‌ها را برقرار سازد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

C

Cancer of the skin (Malignant Melanoma) سرطان پوست

ملانومای بدخیم یکی از نئوپلاسم‌های بدخیمی است که در ملانوسیت‌ها (سلول‌های پیگمانته[1]) در هر دو قسمت اپیدرم و درم (و گاهی سلول‌های زیر پوست[2]) ایجاد می‌شود. جزء مهلک‌ترین سرطان‌های پوست است و می‌تواند به یکی از شکل‌های متنوع زیر دیده شود: ملانومای سطحی منتشر، ملانومای لنتیگوی بدخیم، ملانومای ندولار و ملانومای انتهای لنتیجینوس.

اغلب ملانوماها از ملانوسیت‌های اپیدرم کوتانوس (پوست) منشاء گرفته‌اند. بعضی از این سلول‌ها به صورت دیواره‌ای در پوست ظاهر شده و یا در بخش یووآ چشم (لایه رنگدانه‌دار چشم) توسعه می‌یابند. ملانوماها اغلب همزمان با سرطان سایر اعضا ظاهر می‌شوند. میزان بروز و مرگ و میر ملانومای بدخیم در حال افزایش است که شاید به علت افزایش مواجهه با پرتوهای خورشید و تشخیص سریع‌تر بهتر باشد. پیش آگهی به عمق تهاجم به درم و ضخامت ضایعه بستگی دارد. ملانومای بدخیم می‌تواند هم به جریان خون و هم به سیستم لنفاوی انتشار یافته و به استخوان‌ها، کبد، ریه‌ها، طحال، سیستم عصبی و غدد لنفاوی متاستاز بدهد.

عوامل خطرساز

از نظر ریشه‌یابی، علت ایجاد ملانومای بدخیم ناشناخته است، امّا اشعه ماوراء بنفش بسیار مورد شک و تردید قرار دارد. عوامل خطر دیگر شامل موارد زیر است:

- افراد سفید و بور، چشم آبی، موی بلوند یا قرمز.
- نژاد اسکاندیناوی یا سلتیک[3].
- ترجیح دادن سوختن به جای برنزه شدن
- سنین بالاتر، اقامت در مناطق جنوب غربی ایالات متحده.
- سابقه فامیلی وجود ملانوما، فقدان یک ژن روی کروموزوم 9p، حضور مادرزادی درشت‌هیکلی یا سابقه آفتاب سوختگی شدید.

1- Pigmentcells
2- Subcutaneous
3- Celtic

- سندرم نووس دیس‌پلاستیک[1].

C

تظاهرات بالینی

ملانومای سطحی منتشر

- شایع‌ترین شکل است؛ معمولاً مردم در سن میانسالی را گرفتار کرده و بیشتر در تنه و اندام تحتانی ایجاد می‌شود.
- ضایعات مدور بوده و قسمت خارجی نامنظم دارند.
- لبه‌های ضایعه ممکن است صاف یا برجسته و قابل لمس باشد.
- ممکن است ترکیبی از رنگها را داشته باشد که ته رنگی قهوه‌ای، خرمایی، سیاه مخلوط با خاکستری، سیاه مخلوط با آبی یا سفید دارد، گاهی ناحیه کوچکی از درون ضایعه رنگ صورتی مات دارد.

ملانومای ندولار

- دومین ملانوم شایع است. ندول کروی شبیه حبه انگور با سطحی نسبتاً صاف و رنگ نسبتاً یکنواخت آبی مخلوط با سیاه دارد.
- ممکن است گنبدی شکل باشد یا رنگ‌های دیگری چون قرمزی خاکستری یا بنفش و ارغوانی داشته باشد.
- گاهی به‌صورت پلاک‌های نامنظم ظاهر می‌شود.
- ممکن است به‌صورت تاول‌های خونی که بهبود نمی‌یابد توصیف شوند.
- ملانوم ندولی به‌طور مستقیم پوست مجاورش را مورد حمله قرار داده (با رشد عمودی)، پس پیش‌آگهی ضعیفی دارد.

ملانومای لنتیگو ـ ملیگنا[2]

- به صورت ضایعات رنگدانه‌ای و به مرور ظاهر می‌شود.
- نواحی باز پوست را درگیر می‌کند، مثلاً سر و گردن در افراد سالمند گرفتار می‌شود.
- در ابتدا به صورت ضایعات صاف و خرمایی رنگ بوده که به مرور زمان در اندازه و رنگشان تغییراتی ایجاد شده است.

1- Dysplastic nevus syndrome
2- Lentigo-Maligna Melanoma

C

ملانومای آکرال ـ لنتی‌جینوس[1]

- در مناطقی که چندان در معرض نور آفتاب نبوده‌اند ظاهر می‌شود.
- در کف دست‌ها، کف پاها و بستر ناخن‌ها و غشای مخاطی و در افراد با پوست تیره یافت می‌شود.
- به صورت ماکولهای نامنظم و پیگمانته ظاهر شده و بعد به ندول تبدیل می‌شوند.
- تهاجم زودرس دارند.

بررسی و روش‌های تشخیص

- ممکن است نمونه‌ی بیوپسی برشی، یا بیوپسی گره سنتی‌نل[2] انجام شود.
- رادیوگرافی قفسه سینه، شمارش کامل گلبول‌های خونی، تست‌های کارکرد کبدی، اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT) یا رادیونوکلئید زمانی که ملانوم در مرحله پیشرفته قرار دارد توصیه شود.

درمان طبی

- رویکردهای درمانی که برای ملانومای بدخیم وجود دارد به سطح تهاجم و عمق ضایعه بستگی دارد. شیمی‌درمانی ممکن است مفید باشد. گرما درمانی ممکن است برای حفظ و تقویت اثرات درمانی دیگر درمان‌ها استفاده شود.
- ایمونوتراپی (اینترفرون، آنتی‌بادی‌های منوکلونال) نیز ممکن است استفاده شود.
- ارزیابی تیروزیناز در آزمایشگاه نیز تحت تحقیق و بررسی است.

درمان جراحی

- در ضایعات کوچک و سطحی برش جراحی درمان انتخابی است.
- ضایعات عمیق‌تر به ایجاد برش‌های عمقی‌تر و پیوند پوست نیاز دارد.
- برای جلوگیری و رد کردن احتمال متاستاز، خروج یکی از غددلنفاوی موضعی ضروری به نظر می‌رسد.

1- Acral Lentiginous Melanoma 2- Sentinel

● روش‌های دیگر تسکینی و دبولکینگ[1] تومور نیز گاهی انجام می‌شود.

C

فرآیند پرستاری: بیمار با ملانومای بدخیم

بررسی

از بیمار در مورد ضایعه سؤال کنید، خصوصاً در مورد تحریک‌پذیری، درد، خارش که از نشانه‌های یک خال خوش‌خیم نمی‌باشند. ضمناً در مورد تغییر در مول یا خال‌های قبلی یا تشکیل و توسعه یک ضایعه پیگمانته جدید سؤال می‌شود. افراد در معرض خطر باید به دقت بررسی شوند و باید روی پوست دقت نمود.

- پوست را از نظر بی‌نظمی‌ها و تغییرات خال‌ها به وسیله یک ذره بین بررسی نمایید.
- علائمی که احتمال بدخیمی را مطرح می‌کنند عبارتند از: تغییرات رنگ، مرزهای نامنظم، غیرقرینگی (سطح نامنظم) و قطر بزرگ.
- به مناطق رایج بروز ملانوما توجه کنید (مثل، پشت، پاها، بین انگشتان، صورت، پاها و پشت دست، ناخن انگشتان دست).
- قطر خال‌ها را اندازه بگیرید، ملانوما اغلب بیشتر از ۶ میلی متر قطر دارد.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- درد در ارتباط با برش جراحی و پیوند پوست.
- اضطراب و افسردگی در ارتباط با احتمال تهدیدآمیز بودن ملانوم برای زندگی و ظاهر بدشکل.
- کمبود دانش و آگاهی در مورد علائم زودرس ملانوما.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- متاستاز.
- عفونت در محل عمل.

1- Debulking

C

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی در این بیماران ممکن است شامل تسکین درد و ناراحتی، کاهش اضطراب، آگاهی از علائم زودرس ملانوما، و فقدان تجربه عوارض باشد.

مداخلات پرستاری

تسکین درد و ناراحتی

نیاز بیمار را به استفاده از ترکیبات ضد درد در نظر بگیرید و پیش‌بینی نمایید.

کاهش اضطراب

- از بیمار حمایت کرده و به او اجازه ابراز احساساتش را بدهید.
- خشم و افسردگی آن‌ها را درک نمایید و این درک را به آن‌ها بفهمانید.
- به سؤالات او پاسخ دهید و در حین مراحل تشخیصی و مرحله‌بندی تومور به او اطلاعات واضحی بدهید.
- تعیین منابع حمایتی، مکانیسم‌های تطابقی بیمار در گذشته برای کنار آمدن بیمار با تشخیص و درمان بسیار کمک کننده است.
- خانواده را در همه بحث‌ها حضور دهید و زمینه را بری تأمین حمایت عاطفی آن‌ها فراهم نموده تا آن‌ها از درستی اطلاعات ارائه شده اطمینان یابند.

آموزش اقدامات پیشگیری‌کننده

- به بیمار در مورد یافتن علائم زودرس ملانوما و شناخت آن‌ها آموزش دهید.
- بیمار را برای معاینه پوست آماده سازید. آموزش دهید که هر ماه از یک آینه قدی در مقابل خود استفاده کرده و یک آینه کوچک دستی هم لازم است، بیمار باید مناطقی که خال وجود دارد تعیین نموده و علامت بزند. به بیمار نشان دهید که چگونه باید خال‌ها یا ضایعات دیگر را مشاهده و به پزشک گزارش نماید و به او بفهمانید که خال‌های تغییر رنگ یافته، بزرگ شده و برجسته شده را که خارش و یا خونریزی دارد حتماً باید مورد توجه قرار داده و به پزشک یا دیگر مراقبین بهداشتی گزارش کند.
- بیماری که به ملانومای بدخیم مبتلا شده را در مورد لزوم پی‌گیری در طول دوران زندگی توجیه نمایید. این افراد در معرض خطر ایجاد و توسعه یک

ضایعه دیگر می‌باشند.

- به بیمار و خانواده او در مورد اجتناب از قرار گرفتن در معرض آفتاب تأکید نمایید.

C

کنترل و درمان عوارض احتمالی: متاستاز

- در مورد درمان و مراقبت‌های حمایتی در مرحله بهبودی آموزش دهید. اطلاعاتی واضح را در زمینه این که: ممکن است درمان کنونی ناموفق باشد، درمان در بیشتر مواقع غیرممکن است، مداخلات جراحی ممکن است برای خارج ساختن بخشی از تومور یا خارج ساختن عضو انجام شود، جراحی‌های تهاجمی و پیش‌رفته برای کاهش علائم لازم است اما درمان نمی‌کند، شیمی درمانی ممکن است در کنترل متاستاز مفید باشد به بیمار بدهید.
- برای بیمار زمانی را در نظر بگیرید تا ترس‌ها و نگرانی‌های آینده‌اش را با شما مطرح کند.
- ترتیبی دهید تا بیمار با مراقبت‌های سرویس‌های آسایشگاهی و حمایتی آشنا شود.
- بیمار را به امیدوار بودن و پذیرفتن واقعیت و واقع بین بودن تشویق کنید.
- اطلاعاتی در موردگروه‌های حمایتی و تماس با افراد به بیمار بدهید.
- برای ارزیابی بیشتر مداخلات پرستاری به بخش سرطان مراجعه نمایید.

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- تسکین درد و ناراحتی را تجربه کند.
- کاهش اضطراب را بیان دارد.
- درک کاملی از بیماری و روش‌های مقابله و حفاظت از ملانوما را کسب نماید.
- هیچ عارضه‌ای را تجربه نکند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۶، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Cancer of the Stomach (Gastric Cancer)

C

سرطان معده

سرطان معده معمولاً از نوع آدنوکارسینوما می‌باشد که عموماً در مردان و افراد بالای ۴۰ سال (گاهی در جوانترها) رخ می‌دهد. اغلب سرطان‌های معده در ناحیه انحنای کوچک معده یا آنتروم معده ایجاد می شوند و به موکوس اطراف، دیوار معده، اعضا و ساختارهای مجارو ارتشاح پیدا می‌کنند. شیوع سرطان معده در ژاپن خیلی زیاد است. به‌نظر می‌رسد رژیم غذایی در بروز آن خیلی مؤثر است (مثل غذاهای دودی، کمبود میوه‌ها و سبزیجات). از دیگر عوامل خطر مؤثر می‌توان به التهاب مزمن معده، آنمی پرنیسیوز (کشنده)، نوشیدن الکل، زخم‌های معده، باکتری‌های *هلیکوباکترپیلوری* و وراثت اشاره کرد. پیش‌آگهی در این مورد ضعیف است چرا که اغلب بیماران در زمان تشخیص دچار متاستاز شده‌اند (به کبد، پانکراس و مری یا دئودنوم).

تظاهرات بالینی

- **در *مراحل ابتدایی*:** نشانه‌ها ممکن است ظاهر نشده یا ممکن است شبیه علائم زخم‌های خوش خیم باشند (مثل دردی که با آنتی‌اسید بهبود می‌یابد).
- **در *بیماری پیشرفته*:** نشانه‌ها عبارتند از: اختلال در هضم، بی‌اشتهایی، سوء هاضمه، کاهش وزن، درد شکمی (معمولاً یک علامت تأخیری است) یبوست، آنمی، تهوع و استفراغ، و آسیت (در صورت متاستاز به کبد).

بررسی و روش‌های تشخیص

- رادیوگرافی بخش‌های فوقانی سیستم گوارشی به همراه باریم.
- آندوسکوپی به‌منظور انجام بیوپسی و بررسی‌های سیتولوژیکی.
- اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT)، اسکن استخوان، اسکن کبد برای تعیین وسعت متاستاز.
- معاینات کامل رادیوگرافی دستگاه گوارشی. البته در صورتی که سوءهاضمه در افراد بالای ۴۰ سال بیش از ۴ هفته به طول بینجامد.

درمان طبی

- برداشتن و خارج کردن کارسینومای معده؛ در صورتی که تومور را بتوان خارج کرد بیماری قابل درمان است البته این حالت زمانی است که تومور هنور به معده محدود است.
- تسکین اثر بخش به کمک رزکسیون تومور انجام‌پذیر است (برای پیش‌گیری از نشانه هایی چون انسداد)؛ گاستروکتومی ساب توتال رادیکال، گاسترکتومی توتال به همراه آناستوموز مری به ژژنوم.
- شیمی درمانی، به‌منظور کنترل بیشتر بیماری و تسکین علائم انجام می‌شود(۵ فلورو اوراسیل، دوکسوروبیسین (آدریامایسین)، میتومیسین C).
- رادیوتراپی نیز درمان تسکینی است.
- بررسی نشانگرهای تومور برای تعیین میزان اثر بخشی درمان‌ها مؤثر است.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به سرطان معده

بررسی

- گرفتن یک تاریخچه کامل از رژیم غذایی (دریافت غذاهای دودی و مقدار دریافت میوه و سبزیجات).
- تعیین و مشخص کردن هرگونه کاهش وزن که شامل زمان شروع و میزان کاهش وزن است. عادات خوردن بیمار و هرگونه درد باید بررسی شود.
- بررسی تاریخچه کشیدن سیگار: چند سیگار در روز می‌کشد، چه مدت است که سیگاری است؟ و بررسی هرگونه ناراحتی معده که به‌دنبال سیگار کشیدن ظاهر می‌شود، ضروری است.
- بررسی تاریخچه نوشیدن الکل: اینکه چه مقدار مصرف می‌کند؟
- تعیین تاریخچه خانوادگی سرطان (در افراد با نسبت درجه اول یا دوم).
- بررسی حمایت‌های روحی ـ اجتماعی (حالت و وضعیت تأهل، مهارت‌های تطابقی، منابع عاطفی و احساسی) لازم است.
- انجام معاینات کامل جسمی (لمس و دق شکم به‌منظور یافتن حساسیت و تحریک‌پذیری، توده‌ها و یا آسیت) مفید است.

C

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- اضطراب در ارتباط با بیماری و درمان‌های انجام شده.
- تغذیه نامتعادل کمتر از نیازهای بدن در ارتباط با آنورکسی.
- درد در ارتباط با سلول‌های غیرطبیعی اپیتلیال.
- غم و اندوه پیش بینی شده در ارتباط با تشخیص سرطان.
- کمبود اطلاعات در ارتباط با فعالیت‌های مراقبت از خود.

برنامه‌ریزی و اهداف

مهمترین هدف برای بیمار شامل کاهش اضطراب، تغذیه مناسب، تسکین درد، سازگاری با تشخیص و انتظار داشتن برای تغییراتی در شیوه زندگی است.

مداخلات پرستاری

کاهش اضطراب

- بیمار را ریلکس کرده و یک جو غیردرمانی برای او فراهم نمایید (کمک به بیمار برای ابراز ترس‌ها، نگرانی‌ها و عصبانیت‌ها).
- خانواده را به حمایت مؤثر از بیمار و کمک به تطابق مثبت با شرایط تشویق نمایید.
- توصیه‌های لازم را در مورد هر روش درمانی به بیمار ارائه دهید.
- در صورت نیاز، شرایطی را پیش بینی کنید تا بیمار بتواند در مورد احساساتش با فردی گفتگو کند (مثل یک روحانی).

بهبود تعادل تغذیه‌ای

- بیمار را به دریافت غذا دروعده‌های کوچک اما مکرر برای کاهش تحریک و آزردگی معده تشویق نمایید.
- با تأمین مواد غذایی محتوی کالری زیاد و ویتامین A، C و آهن، التیام و دوباره سازی سلول‌های معده و بافت‌های آزرده را تسهیل نمایید.
- در صورتی که گاسترکتومی توتال انجام شده، به بیمار ویتامین B_{12} از طریق وریدی بدهید.
- درمان وریدی را از نظر سرعت و دفعات کنترل نمایید.

- جذب، دفع و وزن روزانه را ثبت نمایید.
- علائم هیدراتاسیون را بررسی کنید (تشنگی، غشاء مخاطی خشک، تورگورپوستی ضعیف، تاکیکاردی، کاهش برونده ادراری).
- مطالعات آزمایشگاهی و نتایج را روزانه ارزیابی نمایید و به هرگونه اختلال متابولیکی توجه کنید (سدیم، پتاسیم، گلوکز و نیتروژن اوره خون).
- طبق تجویز به بیمار ترکیبات ضد تهوع بدهید.

C

تسکین درد

- ترکیبات ضد درد را طبق تجویز به بیمار بدهید (تزریق مخدرها را ادامه دهید).
- درد را از نظر مدت، شدت و تکرار الگوی درد بررسی کرده تا بتوانید تأثیر داروهای ضد درد را تعیین نمایید.
- برای کاهش درد با بیمار کار کنید (مثل تغییر پوزیشن، کاهش تحریکات محیطی، محدودیت در ملاقات‌ها).
- از روش‌های کاهش درد غیردارویی برای تسکین درد استفاده کنید (مثل شل کردن عضلات، ماساژ، مشت و مال و ماساژ کمر).
- بیمار را به داشتن وقفه‌هایی برای استراحت و شل کردن عضلات تشویق نمایید.

تأمین حمایت‌های روحی ـ اجتماعی

- به بیمار در بیان ترس‌ها و نگرانی‌هایش در مورد تشخیص‌ها کمک کنید.
- بیمار را در غمگین بودن آزاد بگذارید و به سؤالات بیمار صادقانه پاسخ دهید.
- بیمار را به مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی تشویق نمایید.
- به بیمارانی که تشخیص‌ها را باور نداشته یا زمانی لازم دارد تا به اطمینان برسد کمک نمایید و از او حمایت کنید.
- حمایت‌های عاطفی را برقرار نمایید، هرگاه لازم است اعضای خانواده را در امور داخل نموده و آن‌ها را مطمئن سازید که این واکنش‌های عاطفی طبیعی است.
- در مورد بروز اختلالات خلقی و مکانیسم‌های دفاعی بیمار آگاه و هوشیار باشید (انکار، واقع بینی، جا خالی کردن، باز گشت به گذشته).
- در صورتی که لازم است از سرویس‌های حرفه‌ای کمک بگیرید (مثل یک کشیش، پرستار متخصص در امور روان، روانپزشک، مددکار اجتماعی و روانکاو).
- به بیمار و خانواده در تصمیم‌گیری در مراحل انتهایی حیات کمک نمایید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

C

به‌منظور دریافت اطلاعات بیشتر به مداخلات پرستاری بیمار مبتلا به سرطان مراجعه نمایید.

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار فعالیت‌های مراقبت از خود مخصوص هر درمان را آموزش دهید.
- اطلاعاتی در مورد رژیم غذایی و نحوه تغذیه رژیم‌های درمانی، تغییرات در فعالیت‌ها و شیوه زندگی، کنترل درد، و عوارض را به بیمار ارائه نمایید.
- برای بیمار توضیح دهید که در صورت تغذیه از راه رود، ممکن است سندرم دامپینگ رخ دهد، ضمناً راه‌های درمان آن را نیز توضیح دهید.
- نیاز بیمار به داشتن زمان‌های استراحت متناوب و لزوم ملاقات‌های مکرر پزشک بعد از ترخیص را به او گوشزد نمایید.
- بیمار را به مراقبت‌های منزل ارجاع دهید. پرستار قادر است بر هرگونه فعالیت خاص مثل انجام تغذیه روده‌ای و آموزش به بیمار و خانواده در مورد نحوه استفاده از امکانات و ابزار و فرمول‌هایی که می‌توانند از بروز عوارض جلوگیری نماید نظارت داشته باشد.
- به بیمار در مورد ثبت روزانه جذب و دفع و وزن آموزش دهید.
- به بیمار در مورد نحوه تطابق با درد، تهوع، استفراغ و پف آودگی آموزش دهید.
- به بیمار در مورد تشخیص و شناخت و گزارش عوارضی که نیاز به توجه طبی دارد آموزش دهید که از آن جمله می‌توان به خونریزی (هماتمز واضح و آشکار یا مخفی، ملنا)، انسداد، پرفوراسیون یا هر نشانه‌ای که به مرور بدتر شود اشاره کرد.
- در مورد چگونگی مراقبت از محل برش و چگونگی معاینه زخم‌ها برای مشاهده علائم عفونت به بیمار آموزش دهید.
- شیمی‌درمانی یا رژیم‌های رادیوتراپی و مراقبت‌های لازم حین و بعد از درمان با هر یک از روش‌ها را برای بیمار توضیح دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۷، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سرطان بیضه شایع‌ترین سرطان در مردان بین ۱۵ تا ۳۵ سال و دومین سرطان شایع در مردان ۳۵ تا ۳۹ سال است. سرطان بیضه به دو صورت ژرمینال و غیرژرمینال طبقه بندی می‌شود. بیشتر نئوپلاسم‌ها از نوع ژرمینال هستند (۹۰٪)، که از سلول‌های لایه ژرمینال منشاء می‌گیرند. سلول‌های ژرمینال خود به سمینوما (که موضعی و محدود بوده) و غیرسمینوما با رشد سریع (تراتوکارسینوما، کوریوکارسینوما، یولک ساک کارسینوما و کارسینومای امبریونال) تقسیم می‌شوند. تومورهای ثانویه بیضه (لنفوما) از دیگر ارگان‌ها متاستاز یافته‌اند. تومورهای غیرژرمینال از لایه اپیتلیوم منشاء گرفته‌اند. علّت اصلی ایجاد سرطان بیضه شناخته نشده اما نهان بیضگی[1]، عفونت‌ها، ژنتیک و عوامل آندوکرینی نقش مهمی در بروز و توسعه آن ایفا می‌نمایند. تومورهای بیضه اغلب بدخیم بوده و خیلی زود شروع به متاستاز و انتشار می‌نمایند. این تومورها از بیضه به غددلنفاوی ناحیه تحتانی پریتوئن و ریه‌ها انتشار می‌یابند.

تظاهرات بالینی

- عمدتاً نشانه‌ها با یک توده یا غده در بیضه مشخص می‌شوند.
- بزرگی بدون درد بیضه‌ها رخ داده و بیمار ممکن است سنگینی و کشش در اسکروتوم، ناحیه اینگوئینال یا بخش‌های تحتانی شکم را احساس نماید.
- کمر درد، درد شکم، از دست دادن وزن، و ضعف عمومی ممکن است نشانه متاستاز باشد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- معاینه بیضه توسط خود فرد (TSE) یک روش بسیار مؤثر برای شناخت زودرس بیماری است.
- افزایش آلفافیتو پروتئین و سطوح گنادوتروپین‌های انسانی به صورت مزمن نشانه‌های تومور محسوب می‌شوند.
- از نشانگرهای تومور به‌منظور تشخیص، مرحله‌بندی و کنترل پاسخ به

1- Cryptorchidism

درمان بیماران استفاده می‌شود.

- اوروگرافی داخل عروقی، لنفانژیوگرافی اولتراسوند، اسکن توموگرافی کامپوتری و بیوپسی از طریق جراحی نیز مؤثر است.

درمان طبی

اهداف درمان شامل محدودکردن بیماری و بهبود التیام است. درمان بر پایه نوع سلول و گسترش و توسعه آناتومیک بیمار انجام می‌شود.

- بیضه‌برداری[1] و برش روی غدد لنفاوی رتروپریتونئال (RPLND).
- ذخیره اسپرم قبل از جراحی.
- پرتودرمانی بعد از جراحی در غددلنفاوی ناحیه ایلیاک و دیافراگم برای درمان سمینوما.
- شیمی درمانی.
- در صورتی که ترکیبی از درمان‌های مختلف استفاده شود نتایج خوبی مورد انتظار است، که درمان‌ها ترکیبی از جراحی، رادیوتراپی و شیمی درمانی است.

تدابیر پرستاری

برای اطلاعات بیشتر به مداخلات پرستاری بخش سرطان مراجعه نمایید.

- بیمار در مورد تصویر ذهنی از خود و مسائل جنسی صحبت کند.
- بیمار را به حفظ ذهنیت مثبت حین درمان تشویق کنید.
- در مورد اینکه اشعه درمانی الزاماً باعث ناباروری نمی‌شود بیمار را آگاه کنید و اینکه انجام برش یک طرفه تومور حتماً باعث ناباروری نمی‌شود.
- بیمار را به انجام مطالعات پی‌گیری و ارزیابی مداوم بیضه توسط خود فرد (TSE) تشویق نمایید (بیمار با سابقه تومور در یک بیضه شانس زیادی برای انتشار به بیضه دیگر دارد).

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

1- Orchiectomy

Cancer of the thyroid سرطان تیروئید

سرطان تیروئید نسبت به سرطان‌های دیگر نایاب‌تر است. شایع‌ترین نوع آن آدنوکارسینومای پاپیلاری است که تقریباً نیمی از بدخیمی‌های تیروئید را شامل می‌شود. در دوران کودکی شروع شده تا اوائل نوجوانی محدود و موضعی بوده و نهایتاً متاستاز می‌دهد. وقتی آدنوکارسینومای پاپیلاری در بیماران مسن‌تر ظهور می‌یابد تهاجمی‌تر است. عوامل خطر این سرطان شامل جنس مذکر و رادیوتراپی خارجی نواحی سر و گردن یا سینه در نوزادان و کودکان است. آدنوکارسینومای فولیکولار معمولاً در بیماران مسنتر از ۴۰ سال اتفاق می‌افتد.

تظاهرات بالینی

ضایعات منفرد، سخت و بدون حرکت در لمس یا ضایعاتی که با لنفادنوپاتی تظاهر می‌یابند، احتمال بدخیمی را مطرح می‌سازند.

بررسی و روش‌های تشخیص

- بیوپسی سوزنی یا بیوپسی به‌وسیله آسپیراسیون از غده تیروئید.
- تست‌های کارکرد تیروئید.
- اولتراسوند، MRI، اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT)، اسکن تیروئید، مطالعات جذب ید رادیواکتیو و تست‌های سرکوب تیروئید نیز مفید است.

درمان طبی

- خروج تومور به وسیله جراحی درمان انتخابی است (تیروئیدکتومی کامل یا نیمه کامل).
- در صورتی که غددلنفاوی درگیر شده باشند برش کامل گردنی به صورت انتخابی یا پیشرفته انجام می‌شود.
- ید رادیواکتیو (^{131}I) به‌منظور حفاظت از بافت باقی مانده تیروئید استفاده می‌شود.
- هورمون‌های تیروئید نیز در روزهای بعد از جراحی استفاده می‌شود تا

سطوح هورمون محرک تیرویید (TSH) کاهش یافته و به سطح یوتیروئید[1] برسد (سطح نرمال هورمون تیروئید).

C

- در صورتی که تیروئید کاملاً خارج شده است یا بافت باقی مانده قادر به ترشح کافی و هورمون نباشد از هورمون تیروکسین (T4) در تمام طول زندگی باید استفاده نمود.
- رادیوتراپی نیز به وسیله روش‌های مختلفی انجام می‌شود.
- شیمی درمانی فقط گاهی استفاده می‌شود.

تدابیر پرستاری

برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید به مداخلات پرستاری در بخش سرطان مراجعه نمایید.

- در مورد سرطان‌های عودکننده بیمار را به انجام پی‌گیری درمان تشویق نمایید: در یک سال بعد از عمل اسکن کامل بدنی هر ۴-۲ ماه باید انجام شود. در صورتی که بررسی حالت عادی داشت طی ۵-۳ سال اسکن نهایی انجام می‌شود.
- قبل از برنامه‌ریزی برای اسکن‌های کامل بدنی، برای مدت ۶ هفته هورمون‌های مصرفی تیروئید باید قطع شود.
- سطوح FT_4 و TSH، کلسیم سرم و فسفر را به‌منظور تعیین کفایت فرآورده‌های تیروئید کنترل نمایید و هم به‌منظور اینکه بتوانید تعادل کلسیم را برقرار سازید.
- بیمار را برای دریافت هورمون‌های تیروئیدی به صورت خارجی و تصنعی آماده سازید.
- به بیمار گوشزد نمایید که استفاده از ترکیب جراحی و پرتو درمانی تأثیرات بیشتری نسبت به جراحی به تنهایی دارد و میزان بقای بیمار را افزایش می‌دهد.
- در بررسی‌ها و مداخلات خود، راجع به عوارض جانبی پرتودرمانی به بیمار توضیح دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

1- Euthyroid

سرطان واژن Cancer of the vagina

سرطان واژن معمولاً در نتیجه کوریوکارسینومای منتشر شده از سرویکس یا ارگان‌های اطراف ایجاد می‌شود که این ارگان‌ها عبارتند از: رحم، وولو، مثانه، یا رکتوم. سرطان اولیه واژن در اصل اسکواموس است. عوامل خطر شامل سرطان سرویکس، مواجهه با دی‌اتیل استیل بسترول (DES)، سرطان قبلی در واژن یا وولو، رادیوتراپی پیشین، سابقه وجود ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) یا استفاد از دیافراگم و شیاف واژن می‌باشد.

تظاهرات بالینی

- اغلب بدون علامت، اما خونریزی خفیف بعد از مقاربت ممکن است گزارش شود.
- خونریزی خود به خودی، ترشحات واژن، درد، علائم ادراری یا رکتالی.

بررسی و روش‌های تشخیص

- کولپوسکوپی در زنانی که دی‌اتیل‌استیل بسترول داخلی استفاده کرده‌اند.
- پاپ اسمیر واژن.

درمان طبی

- لیزردرمانی، کرم‌های شیمی‌درمانی، رادیوتراپی که بستگی به وسعت ضایعه دارد.
- جراحی، برش رادیکال غدد (برش موضعی).

تدابیر پرستاری

- تشویق بیمار به انجام پی‌گیری دقیق به‌وسیله تأمین‌کنندگان خدمات درمانی.
- تأمین حمایت روانی و عاطفی.
- در مورد زنانی که تحت جراحی بازسازی واژن قرار گرفته‌اند، در مورد روش‌های اتساع و دیلاتاسیون خاص واژن آموزش دهید.
- به بیمار در مورد مفید بودن استفاده از لوبریکانتهای محلول در آب برای کاهش دیس‌پارنی توضیح دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۷، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Cancer of the Vulva سرطان وولو

C

در اغلب موارد سرطان اولیه وولو در زنان بعد از منوپوز دیده شده، اما شیوع آن در زنان جوانتر نیز زیاد است. بیشتر سفیدپوستان را درگیر نموده و اسکواموس سل کارسینوما تشکیل دهنده تومورهای اولیه وولو است. میانگین سن برای ابتلا به محدود به سرطان وولو ۴۴ سالگی است؛ و سن متوسط برای سرطان مهاجم وولو ۶۱ سالگی است. در مورد علل ایجادکننده آن اطلاعات زیادی در دست نمی‌باشد. اگرچه عوامل خطری چون سیگار، عفونت‌های HPV و HIV، خارش مزمن وولو و سرکوب ایمنی را مؤثر می‌دانند.

تظاهرات بالینی

- شایع‌ترین علامت‌ها زخم و خارش طولانی مدت است. خارش در نیمی از بیماران وجود دارد.
- خونریزی، ترشحات با بوی متعفن و درد، علائم بیماری در مراحل پیشرفته می‌باشند.
- ضایعات زودرس مثل درماتیت مزمن می‌باشد؛ بعد توده‌ای که به بزرگ شدن ادامه می‌دهد و سخت می‌شود و زخمی شبیه گل کلم ایجاد می‌کند.

بررسی و روش‌های تشخیص

- معاینات وولو.
- بیوپسی.

درمان طبی

- قبل از تهاجم (کارسینومای وولو در محل): برش موضعی، لیزر واپوریزه (آبلاتیون)، کرم‌های شیمی درمانی (فلورواوراسیل) یا کرایوسرجری.
- در مرحله تهاجم: برش‌های عمیق یا وولوکتومی (درمان اولیه)، رادیوتراپی (در تومورهای غیرقابل جراحی)، وولوکتومی رادیکال با برش دو طرفه کشاله‌ران.

فرآیند پرستاری: بیمار تحت وولوکتومی

بررسی

- با بیمار رابطه دوستانه برقرار کنید. به او ثابت کنید که می‌تواند از عادت‌ها و قوه درک خود برای یادگیری استفاده کند.
- دادن آمادگی‌های روانی قبل از عمل و حمایت روحی از وی.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- اضطراب در ارتباط با تشخیص و جراحی.
- اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با زخم و ترشحات خروجی.
- درد در ارتباط با برش جراحی و انجام مراقبت از زخم.
- اختلال عملکرد جنسی در ارتباط با ایجاد تغییر در قسمتی از بدن.
- کمبود مراقبت از خود در ارتباط با کمبود دانش و آگاهی از مراقبت‌های پرینه و سطوح کلی سلامت.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- عفونت زخم و سپسیس.
- ترومبوز وریدهای عمقی.
- خونریزی.

برنامه‌ریزی و اهداف

برای بیمار مبتلا اهداف ممکن است شامل قبول آمادگی‌ها برای مداخلات جراحی، بهبود عملکرد جنسی در حد متعادل، توانایی انجام کافی مراقبت از خود و فقدان عوارض باشد.

اقدامات پرستاری قبل از عمل

کاهش اضطراب

- به بیمار زمان بدهید تا صحبت کند و سؤالاتش را مطرح نماید.
- در مورد امکان داشتن روابط جنسی خوب و امکان بارداری بعد از

جراحی‌های عمیق به بیمار توضیح دهید.
- اطلاعات بیمار را درباره جراحی و جهت دهی به سؤالات و نگرانی‌های بیمار تقویت نمایید.

C

اقدامات پرستاری بعد از عمل

تسکین درد و ناراحتی

- استفاده از مسکن به‌صورت پروفیلاکسی.
- وضعیت قرارگیری بیمار طوری باشد که فشار روی ناحیه برش نباشد (گذاشتن بالش زیر زانو یا فاولر پوزیشن) و ماساژ آرامش دهنده پشت.

بهبود تمامیت پوست

- استفاده از ملافه‌های کاهنده فشار.
- میله و تراپز بالای تخت برای بیمار آویزان کنید.
- از پوست در نواحی تماس با ترشحات محافظت نمایید.
- ترشحات خروجی نواحی پیوند شده را از نظر محتویات چرکی بررسی و کنترل نمایید.
- به بیمار در تمیز نگه داشتن و خشک نگه داشتن پرینه کمک کنید (سالین گرم یا محلول‌های شستشوی آنتی‌سپتیک).
- به ماهیت منطقه مورد جراحی قرار گرفته و ترشحات آن توجه و آن‌ها را ثبت نمایید.

تأمین حمایت مثبت جنسی و عملکرد جنسی

- یک رابطه صادقانه با بیمار برقرار نمایید.
- بیمار را به در میان گذاشتن و تقسیم نگرانی‌ها با شریک جنسی یا همسرش تشویق نمایید.
- با پزشک بیمار مشورت نمایید تا بتوانید تغییرات مورد انتظار را مشخص نمایید.
- در صورت نیاز بیمار و شریک جنسی او را به مشاور ارجاع دهید.

کنترل و درمان عوارض احتمالی

- کنترل دقیق موضع و علائم و نشانه‌های عفونت سیستمیک: درناژ چرکی، قرمزی، افزایش درد، تب، افزایش تعداد گلبول‌های سفید خونی.
- به بیمار در تهیه نمونه بافت جهت کشت کمک نمایید.
- طبق تجویز آنتی‌بیوتیک‌های لازم را به بیمار بدهید.
- از انتقال و تماس مستقیم با آلودگی بپرهیزید: کتترها، درن‌ها و پانسمان‌ها را به دقت حمل کرده و شستن صحیح دست‌ها الزامی است.
- یک رژیم کم باقی مانده برای بیمار تهیه کنید تا از ایجاد کشش و دفع زیاد جلوگیری نموده و زخم‌ها آلوده نشود.
- به علت احتمال ایجاد عفونت از انجام حمام نشسته بیمار را منصرف نمایید.
- بررسی علائم و نشانه‌های ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی ضروری است. از بانداژ یا جوراب‌های کشی الاستیک استفاده نموده و بیمار را به انجام ورزش مچ پا تشویق نمایید.
- به بیمار در انجام مکرر تغییر پوزیشن کمک نموده و او را به این امر تشویق نمایید و از ایجاد فشار پشت زانوها اجتناب کنید.
- علائم خونریزی و شوک هایپوولمی را دقیقاً مدنظر داشته باشید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- بیمار را به در میان گذاشتن نگرانی‌ها تشوق نمایید.
- او را به مشارکت در تعویض پانسمان‌ها و مراقبت از خود تشویق کنید.
- به اعضای خانواده و افراد دیگری که ممکن است بعد از ترخیص از بیمارستان از بیمار مراقبت کنند در مورد مراقبت از زخم، سونداژ ادراری و عوارض احتمالی آموزش داده و آن‌ها را آماده سازید.

تداوم مراقبت

- بیمار را به داشتن ارتباط نزدیک با پرستار مراقبت در منزل تشویق کنید تا مراقبت‌ها به صورت مداوم انجام گیرد.
- آموزش‌ها را با تلفن یا ویزیت در منزل پی‌گیری نمایید.

C

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- تطابق با ترومای حاصل از تجربه جراحی را نشان دهد.
- کاهش درد را ابراز کند.
- تمامیت پوستی را حفظ نماید.
- در مورد مسائل جنسی و عملکرد جنسی بینش و دیدی مثبت داشته باشد.
- در فعالیت‌های مراقبت از خود بیشتر مشارکت نماید.
- هیچ عارضه‌ای را تجربه نکند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۷، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

ایست قلبی Cardiac Arrest

ایست قلبی زمانی رخ می‌دهد که قلب توانایی تولید ضربان‌های مؤثر را به‌طور ناگهانی از دست داده و در نتیجه جریان خون مختل می‌شود. همه فعالیت‌های قلبی ممکن است متوقف شود (آسیستول)، عضلات شروع به تکان‌های ناهماهنگ کرده (تاکیکاردی یا فیبریلاسیون بطنی) یا ممکن است سرعت ضربان قلب کند شود (برادیکاردی یا بلوک گره AV). ایست قلبی در حالتی که فعالیت الکتریکی قلب وجود دارد اما انقباضات قلب غیرمؤثر بوده یا حجم خون کافی نیست نیز رخ می‌دهد که به این حالت فعالیت الکتریکی بدون نبض (PEA) گویند.

وقتی ایست قلبی رخ می‌دهد بیمار هوشیاری خود را فوراً از دست داده و نبض بیمار حس نمی‌شود، صداهای قلب وجود نداشته و فشار خون بیمار افت می‌نماید. اتساع مردمک‌ها در حدود ۴۵ ثانیه بعد رخ می‌دهد و تلاش تنفسی غیرمؤثر ممکن است رخ دهد. تشنج می‌تواند وجود داشته باشد یا وجود نداشته باشد.

تظاهرات بالینی

در حدود ۴ دقیقه فاصله بین قطع جریان خون و از کار افتادن و صدمات شدید

مغزی وجود دارد و صدمات گسترده و برگشت‌ناپذیر است. این زمان بسته به سن بیمار متفاوت است. در این دوره زمانی ایست قلبی باید تشخیص داده شود و جریان خون دوباره برقرار گردد. مهمترین علامت ایست قلبی فقدان نبض کاروتید است.

هشدار پرستاری: در کودکان و بالغین نبض کاروتید ارزیابی می‌شود. در نوزادان نبض براکیال ارزیابی شده و زمان را برای کنترل فشار خود و گوش دادن به صدای ضربان قلب و چک کردن دوباره محل الکترودها تلف نکنید.

درمان

- فورا عملیات احیای قلبی ریوی را آغاز نمایید (CPR).
- به محض اینکه بیمار احیا شد، وی را تا بهبودی نسبی مانیتورینگ نمایید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۰، درستامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

کاردیومیوپاتی‌ها Cardiomyopathies

کاردیومیوپاتی‌ها به گروهی از بیماری‌ها اتلاق می‌شود که عملکرد و ساختار میوکارد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. انواع کاردیومیوپاتی‌ها بر پایه نوع ناهنجاری‌های ساختاری و عملکردی میوکارد، شامل موارد زیر است:

۱ـ کاردیومیوپاتی اتساع یافته یا احتقان یافته (شایعترین نوع)؛
۲ـ کاردیومیوپاتی هایپرتروفیک (انسدادی یا غیرانسدادی)؛
۳ـ کاردیومیوپاتی محدودکننده (نادرترین)؛
۴ـ کاردیومیوپاتی آریتموژنیک بطن راست (ARVC)؛
۵ ـ کاردیومیوپاتی طبقه‌بندی نشده.

این بیماری‌ها در نهایت به نارسایی قلبی شدید، دیس‌ریتمی‌ها و اغلب مرگ منجر می‌شوند. کاردیومیوپاتی ایسمیک واژه‌ای است که در موارد بزرگ شدن قلب به دنبال هر بیماری عروق کرونر مکرراً استفاده می‌شود، که معمولاً با نارسایی قلبی همراه است. این بیماری ممکن است در هر سنی رخ داده و زنان و مردان را به یک نسبت درگیر می‌سازد.

C

پاتوفیزیولوژی

کاردیومیوپاتی‌ها جزء یک سری وقایع پیشرونده‌ای هستند که باعث تخریب عملکرد پمپاژ قلب و بطن چپ می‌شوند، که قلب برای تطابق با افزایش مقاومت سیستمیک عروق ناچار است که بزرگ شود و در نهایت نارسا می‌شود. نارسایی بطن راست معمولاً این روند را همراهی می‌نماید.

تظاهرات بالینی

- شروع علائم شبیه نارسایی قلب است (تنفس کوتاه و سخت در فعالیت‌ها، تنگی نفس حمله‌ای شبانه (PND)، سرفه، درد قفسه سینه، تپش قلب، خستگی، گیجی و سنکوپ).
- احتقان عروق سیستمیک، تورم ورید ژوگولار، ادم گوده‌گذار در نواحی وابسته بدن، احتقان موضعی کبد، و تاکیکاردی در هنگام معاینه‌ی فیزیکی مشاهده می‌شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- تاریخچه و سابقه بیمار؛ دلایل دیگر نارسایی را مشخص می‌نماید.
- گرفتن الکتروکاردیوگرام (ECG)، رادیوگرافی قفسه سینه، اکوقلبی، سونداژ قلبی، و احتمالاً بیوپسی از میوکارد انجام می‌شود.

درمان طبی

- درمان طبی مستقیماً تحت تأثیر تعیین و احتمال درمان ضایعات یا علل ایجادکننده می‌باشد، و تصحیح نارسایی قلب با داروها و کنترل دیس‌ریتمی‌ها احتمالاً با دفیبریلاتور یا پیس‌میکر کاشتنی مهم است.
- مداخلات جراحی، شامل میکتومی یا پیوند قلب (ارتوتوپیک رایج‌ترین نوع پیوند است) زمانی انجام می‌شود که نارسایی قلبی به‌رغم انجام درمان‌های طبی باز هم پیش‌رفته شده باشد.
- در بعضی موارد، تعبیه یک وسیله کمکی در بطن‌ها (مثل قرار دادن کمک ضربان ساز در بطن چپ (LVAD) به‌منظور حمایت از قلب نارسا تا زمانی که یک دهنده (دنور) مناسب پیدا شود ضروری است.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به کاردیومیوپاتی

بررسی

- تمام جزئیات تاریخچه اعم از علائم و نشانه‌ها و احتمال وجود عوامل مؤثر در ایجاد آن را بررسی نمایید.
- روی تاریخچه روحی ـ اجتماعی بیمار دقت کنید. سیستم حمایت خانواده و میزان مشارکت اعضا در درمان بیمار را بررسی نمایید.
- بررسی‌های جسمی را مستقیماً بر پایه علائم و نشانه‌های نارسایی احتقانی قلب انجام دهید و سطوح حجم مایعات را ارزیابی کرده، علائم حیاتی (فشار نبض)، سمع سوفل‌های سیستولیک و لمس قلب را به منظور یافتن حداکثر ایمپالس‌ها در سمت چپ قلب مدنظر داشته باشید.
- در صورتی که دیس ریتمی‌ها جزو مشکلات بارز هستند بیمار را تحت مانیتور قلبی قرار دهید.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- کاهش برونده قلبی در ارتباط با اختلالات ساختاری ثانویه به کاردیومیوپاتی یا دیس ریتمی.
- پرفیوژن بافتی غیرمؤثر در ارتباط با کاهش جریان خون محیطی.
- اختلال در تبادلات گازی در ارتباط با احتقان ریوی به‌دنبال نارسایی میوکارد.
- اختلال تحمل فعالیت‌ها در ارتباط با افزایش حجم مایعات.
- اضطراب در ارتباط با فرآیند بیماری.
- فقدان قدرت کافی در ارتباط با فرآیند بیماری.
- عدم پذیرش برنامه‌های مراقبت از خود.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- نارسایی قلبی.
- دیس ریتمی‌های دهلیزی و بطنی.
- نقایص هدایتی قلبی.

- آمبولی مغزی یا ریوی.
- اختلال عملکرد دریچه‌ای.

C

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی در بیمار شامل بهبود و حفظ برونده قلبی، افزایش تحمل فعالیت، کاهش اضطراب، پذیرش برنامه‌های مراقبت از خود، افزایش احساس قدرتمندی و تصمیم‌گیری و فقدان عوارض می‌باشد.

مداخلات پرستاری

بهبود برونده قلبی و تسکین مشکلات تنفسی

- در دوره‌های بروز نشانه‌ها به بیمار کمک کنید تا در وضعیت استراحت قرار گیرد.
- در صورت نیاز به بیمار اکسیژن بدهید.
- به ثبت واکنش‌های بیمار توجه نمایید (وزن روزانه، اشباع اکسیژن) و نسبت به واکنش‌ها، مداخلات لازم را انجام دهید.
- به موقع داروهای بیمار را تجویز کنید.
- برای راحتی بیشتر بیمار در استراحت روی لبه تخت یا در صندلی به وی کمک کنید.
- بیمار را گرم نگه داشته و مکرراً تغییر وضعیت بدهید تا جریان خون را تحریک نمایید و اختلال پوستی را به حداقل برسانید.

بهبود تحمل فعالیت‌ها

- برنامه پرستاری و مراقبت‌ها را طوری تنظیم کنید که فعالیت‌ها را به صورت دوره‌ای و متناوب با وقفه‌های استراحت انجام دهد.
- به بیمار بیاموزید که چگونه انرژی خود را ذخیره نماید.

کاهش اضطراب

- به بیمار راجع به علائم و نشانه‌ها توضیحات کامل ارائه دهید.
- برای بیمار فضایی فراهم کنید که آزادانه و به راحتی به ابراز ترس‌ها و احساساتش بپردازد.

- به بیمار در پذیرش و درک اهداف و داشتن احساس خوب بودن کمک کنید.
- اگر مرگ مورد انتظار است یا پیوند باید صورت گیرد زمانی را برای گفتگو در مورد نگرانی‌های بیمار در نظر بگیرد.
- بیمار را تحت حمایت عاطفی ـ اجتماعی و مذهبی قرار دهید.
- با بیمار صادق باشید و برای کاهش اضطراب بیمار در زمانی که منتظر پیدا کردن دهنده قلب مناسب است با او واقع بینانه صحبت کنید.

کاهش احساس ضعف

- به بیمار برای تعیین مسائلی که از دست داده (مثل لذت غذا خوردن) کمک کنید.
- به بیمار در مورد مشخص کردن پاسخ‌های احساسی و عاطفی در مورد فقدان‌ها کمک کنید (مثل خشم و افسردگی).
- به بیمار کمک کنید تا به حفظ بقایای قدرت کنترل خود بپردازد (مثل انتخاب غذا).

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار بیاموزید که مراقبت از خود امری ضروری است و چگونگی انجام مراقبت‌ها در منزل را به او آموزش دهید.
- در مورد برنامه دارویی بیمار و محدودیت غذایی بیمار توجه نمایید تا از نارسایی قلبی پیشگیری شود.
- در هنگامی که تکنیک‌های درمانی دیگر برای طولانی مدت جوابگو نیست به بیمار یا دیگر افراد اجازه دهید تا فرآیند غم و اندوه را آغاز نمایند.

تداوم مراقبت

- بیمار را برای حمایت و انجام مراقبت در منزل ارجاع دهید.
- در مورد رژیم‌های دارویی و رژیم غذایی و محدودیت مصرف مایعات به بیمار آموزش دهید.
- برای مرور شیوه‌های زندگی، و پیش‌بینی استراتژی‌ها برای سازگار کردن فعالیت‌های درمانی با شیوه زندگی و کار و تعادل این دو به بیمار کمک کنید.

- به بیمار و خانواده علائمی را که باید فوراً به پزشک گزارش شوند آموزش دهید.
- با بیمار صادقانه برخورد کنید و در طی تصمیم‌گیری در مراحل انتهایی حیات از بیمار حمایت کنید.

C

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- بهبود عملکرد قلبی را نشان دهد.
- افزایش تحمل به فعالیت را ابراز کند.
- کاهش اضطراب را تجربه نماید.
- با برنامه‌های مراقبت از خود کنار آمده است.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

کاتاراکت (آب مروارید) Cataract

کاتاراکت نوعی اختلال در شفافیت نرمال چشم است که شفافیت لنز کریستالی چشم از بین رفته و عدسی کدر می‌شود. این بیماری با سن رابطه مستقیم دارد (کاتاراکت پیری)، امّا می‌تواند در هر سنی ایجاد شود. البته ممکن است با ضربات کند یا نفوذی ایجاد شود یا با استفاده طولانی مدت از کورتیکواستروئیدها، بیماری سیستمیک مثل دیابت ملیتوس، هایپوپاراتیروئیدیسم، مواجهه با امواج رادیویی و مواجهه طولانی مدت با اشعه نور خورشید (نور ماوراء بنفش) و دیگر اختلالات چشمی نیز همراه باشد. اختلالات بینایی بسته به اندازه، دانسیته و مکان عدسی درگیر متفاوت است.

تظاهرات بالینی

- کاهش تیزبینی، عدم توانایی در حساسیت به درخشندگی، تاری دید بدون درد، دیدن نقاط نورانی پراکنده جلوی چشم، کاهش بینایی در شب از علائم است. دیگر تأثیرات بیماری عبارتند از: نزدیک بینی، آستیگماتیسم، دوبینی یک چشم (دیپلوپیا)، تغییر در ادراک رنگ‌ها (عدسی‌های پیر به شکل پیشرونده انتهای آبی طیف را بیشتر جذب می‌کند)، تیرگی رنگ‌ها (سایه

رنگ‌ها به قهوه‌ای مایل به زرد تغییر می‌یابد) و کاهش انتقال نور.
- مردمک سفید، خاکستری یا زرد رنگ می‌شود.
- عموماً کاتاراکت با گذشت سالها توسعه می‌یابد؛ و وقتی کاتاراکت بدتر می‌شود، عینک‌های قویتر نیز نمی‌تواند بینایی را بهبود بخشد.
- ممکن است در هر دو چشم توسعه یابد. اگر چه یک چشم وضعیت وخیم‌تری نسبت به چشم دیگر پیدا می‌کند و یکی زودتر درگیر می‌شود.

بررسی و روش‌های تشخیص
- کاهش دقت بینایی مستقیماً با شدت کاتاراکت در ارتباط است.
- تست اسنلن برای سنجش حدت بینایی.
- افتالموسکوپی.
- معاینه بیومیکروسکوپی با اسلیت لامپ.
- اسکن اولتراسونوگرافی.

درمان طبی
هیچ درمان طبی برای کاتاراکت وجود ندارد، اگرچه استفاده از ویتامین E ، C و بتاکاروتن مفید است. عینک با لنزهای تماسی و عینک کانونی با لنزهای قوی ممکن است بینایی را ارتقا دهد. داروهای میدریاتیک ممکن است برای مدت کوتاهی استفاده شود اما باعث افزایش حساسیت به نور و خیرگی می‌شود.

درمان جراحی
دو تکنیک جراحی در دسترس است: خارج ساختن عدسی به روش داخل کپسولی (ICCE) و خارج کردن عدسی به روش خارج کپسولی (ECCE) که شامل فاکوامولسیفیکاسیون است. کمتر از ۱۵٪ افراد مبتلا به کاتاراکت نیازمند جراحی هستند.

اندیکاسیون‌های جراحی عبارتند از: فقدان بینایی که در فعالیت روزمره بیمار تداخل ایجاد نماید، یا کاتاراکتی که باعث ایجاد گلوکوم شود. معمولاً جراحی کاتاراکت تحت بی‌حسی موضعی و به صورت سرپایی است. جایگزینی

عدسی ممکن است شامل عینک‌های چشمی آفاکیا، لنزهای تماسی یا لنزهای داخل چشمی (IOL) باشد. وقتی هر دو چشم دچار کاتاراکت باشد در یک زمان یک چشم جراحی شده و بهبود می‌یابد.

C

تدابیر پرستاری

- به علت انجام جراحی در سطح سرپایی، بیمار را باید برای انتقال به منزل آماده ساخت. مراقبت‌های عصر روز عمل و ملاقات پی‌گیری با جراح در روز فردای بعد از عمل نباید فراموش شود.
- در صورتی‌که از نظر پزشکی صحیح باشد، هرگونه دریافت ترکیبات ضد انعقاد باید متوقف شود، در برخی موارد درمان با ضد انعقادها ممکن است ادامه یابد.
- از داروهای متسع‌کننده (قطره) در ۴ دوز، به فاصله ۱۰ دقیقه از یکساعت قبل از عمل استفاده می‌شود. آنتی‌بیوتیک‌ها، کورتیکواستروئیدها، و قطره‌های NSAID ممکن است به صورت پروفیلاکسی برای جلوگیری از عفونت و التهاب بعد از عمل تجویز شوند.
- بیمار را راهنمایی کنید به مدت ۲۴ ساعت بعد از عمل از محافظ چشمی استفاده کند تا از ضربه یا برخورد با چشم جلوگیری شود. بعد از ۲۴ ساعت، از عینک‌ها (عینک آفتابی در نور شدیداً روشن) استفاده می‌شود، که باید در طول روز استفاده شود و در شبها از محافظ فلزی به مدت یک تا چهار هفته استفاده می‌شود.
- در مورد مراقبت‌های بعد از عمل و زمان ترخیص، در مورد دارو درمانی، ضد عفونی کردن و حفاظت از چشم، سطوح فعالیتی و محدودیت‌ها، رژیم، کنترل درد، وضعیت و پوزیشن، توجهات لازم، وضعیت‌های مورد انتظار بعد از عمل، و نشانه‌هایی که باید فوراً به جراح گزارش شوند با بیمار صحبت کرده و او را توجیه کنید.
- بیمار را در مورد محدودیت در کشیدن یا بلند کردن اجسام سنگین راهنمایی نمایید.
- به بیمار بفهمانید که روزهای متعددی یا هفته‌ها بعد از عمل ممکن است بینایی تار باشد.

- به او توضیح دهید که با التیام چشم بینایی هم بهتر می‌شود؛ IOL لنزهای داخل چشمی به نسبت عینک یا لنزهای تماسی بینایی را سریع‌تر بهبود می‌دهد.
- گوشزد کنید که اصلاح بینایی معمولاً برای اصلاح نقایص حدت بینایی لازم است.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۸، درمانه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Cerebral Vascular Accident (Ischemic Stroke)
وقایع عروق مغزی (حمله ایسکمیک)

سکته مغزی (CVA)، یک واقعه ایسکمیک یا «حمله مغزی» عبارت است از: فقدان ناگهانی عملکرد مغزی که در نتیجه قطع جریان خون به یک بخش از مغز ایجاد می‌شود. ضمناً این مشکل در نتیجه بیماری‌های طولانی مدت در عروق مغزی می‌باشد. سکته یک مشکل نورولوژیک اولیه است که در ایالات متحده و کلاً همه‌ی دنیا وجود دارد. سکته‌ها اغلب از نوع هموراژیک (۱۵٪) بوده و یا ایسکمیک / غیرهموراژیک (۸۵٪) می‌باشند. سکته‌های ایسکمیک بر پایه علل ایجادکننده خود طبقه‌بندی می‌شوند: ترومبوز سرخرگ‌های بزرگ (۲۰٪)، سکته آمبولیک با منشأ قلبی (۳۰٪)، آمبولی‌های سرخرگ‌های نفوذکننده کوچک (۲۵٪) و دیگر موارد (۵٪). سکته‌های کریپتوژنیک علت شناخته شده‌ای ندارند و دیگر انواع سکته در نتیجه عللی چون مصرف کوکائین، مشکلات انعقادی، میگرن، و گسیختگی خودبخودی عروق کاروتید یا شریان‌های مهره‌ای ایجاد می‌شوند. در نتیجه این انسداد و وقفه در خون‌رسانی مغزی، عملکرد حرکتی، فکری، حافظه، سخن گفتن و یا حس‌ها از بین می‌روند. سکته‌ها اغلب بر حسب زمان ایجاد به انواع زیر طبقه‌بندی می‌شوند: ۱) حملات ایسکمیک گذرا، ۲) نقایص نورولوژیک ایسکمیک برگشت‌پذیر، ۳) سکته در حال تکامل و ۴) سکته کامل.

عوامل خطر

- سکته‌های هموراژیک بدنبال بدشکلی‌های عروقی (AVMs)، پارگی آنوریسم، داروهای مصرفی، هایپرتنشن کنترل نشده، همانژیوبلاستوما و ضربات ایجاد می‌شود. این سکته‌ها می‌توانند در اپیدورال، ساب آراکنوئید یا

در خونریزیهای داخل مغزی ایجاد ضایعه نمایند.

C

- سکته‌های ایسکمیک ممکن است بدنبال بیماری‌های کاردیووسکولار (قلبی عروقی) ایجاد شوند (آمبولی مغزی ممکن است از قلب منشأ گرفته باشد) و دیس‌ریتمی‌ها (فیبریلاسیون دهلیزی) نیز مؤثر است. عوامل خطر برای بیماری سرخرگ کرونری باعث ایجاد سکته نیز می‌شوند. سکته‌های ایسکمیک البته ممکن است به دنبال وازواسپاسم، میگرن‌ها و اختلالات انعقادی (مثل هماتوکریت بالا) ایجاد شود.
- ایسکمی‌های مغزی وسیع ممکن است به علت افت و سقوط طولانی و شدید در فشار خون ایجاد شود.
- سوء استفاده از مواد (کوکائین) ممکن است علت بروز سکته باشد. خصوصاً این حالت در بالغین و میانسالان دیده می‌شود.
- مصرف الکل نیز می‌تواند یک عامل خطر محسوب شود.

تظاهرات بالینی

علائم و نشانه‌های عمومی شامل بی‌حسی یا ضعف عضلات صورت، بازوها و پاها، گیجی و یا تغییر در سطوح ذهنی، اشکال در صحبت کردن یا درک گفتار دیگران، اختلالات بینایی، فقدان تعادل، سرگیجه و اشکال در راه رفتن یا سردردهای شدید ناگهانی می‌باشد.

فقدان حرکت

- همی پلژی، همی پارزی.
- فلج شدن (فلاسید) و فقدان یا کاهش رفلکس تاندون عمقی (شروع تظاهرات بالینی) که (بعد از ۴۸ ساعت) با افزایش غیرطبیعی تن عضلانی ادامه می‌یابد (اسپاستیسیتی).

فقدان ارتباط

- دیس‌آرتریا[1] (سختی در تکلم).

1- Dysarthria

- دیس فازی یا آفازی (تکلم ناقص یا زبان پریشی).
- آپراکسی (ناتوانی در انجام فعالیت‌هایی که قبلاً فرا گرفته شده است).

فقدان حواس و اختلالات ادراکی

- اختلال در عملکرد و ادراک بینایی (همونیموس همی آنوپیا [از دست دادن نیمی از میدان بینایی]).
- آسیب در ارتباط فضایی ـ بینایی (ادراک ارتباط بین ۲ یا چند شیء در مناطقی از فضا) که به صورت مکرر در افراد با آسیب به نیمکره چپ دیده می‌شود.
- فقدان‌های حسی: اختلال لامسه‌ای خفیف یا شدید به همراه فقدان حس‌های عمقی، اشکال در تعبیر و تفسیر محرک‌های بینایی، شنوایی و لامسه‌ای.

اختلالات شناختی و اثرات سایکولوژیکی

- *آسیب به لوب فرونتال:* قدرت یادگیری، حافظه و یا دیگر عملکردهای عقلانی سطوح بالاتر قشر مغز ممکن است دچار اختلال شود. این اختلالات به شکل محدودیت در توجه و دقت فرد، اشکال در فراگیری فرد، فراموشی و عدم وجود انگیزه بروز می‌نماید.
- *افسردگی و دیگر مشکلات روحی ـ روانی:* نوسانات احساسی و هیجانی، اقدامات خصومت‌آمیز، بیهودگی و احساس خشم و تنفر و در نهایت عدم هماهنگی بروز می‌کند.

اختلال در عملکرد مثانه

- بی‌اختیاری ادراری
- بی‌اختیاری یا احتباس ادرار (ممکن است علامت آسیب به هر دو طرف و جوانب مغز باشد).
- بی‌اختیاری ادراری و مدفوعی به‌طور مداوم (که ممکن است نشان‌دهنده اختلالات شدید نورولوژیک باشد).

بررسی و روش‌های تشخیص

- معاینه کامل جسمی و نورولوژیکی.

- توموگرافی کامپیوتری غیرکنتراست (CT) یا اسکن MRI، اکوکاردیوگرافی از طریق قفسه سینه یا مری.
- اولتراسونوگرافی کاروتید.
- آنژیوگرافی مغزی.
- مطالعات جریان داخل جمجمه‌ای به‌وسیله داپلر.
- الکتروکاردیوگرافی.

پیش‌گیری

- به بیمار در تعیین و شناخت عوامل خطر بروز سکته کمک نمایید.
- بیمار را برای انجام برداشتن لایه داخل سرخرگ[1] آماده کرده و از او حمایت کنید.
- طبق دستور ترکیبات ضد انعقادی را تجویز نمایید.

درمان طبی

- استفاده از ترکیبات فعال‌کننده پلاسمینوژن بافتی (t-PA) به جز موارد منع مصرف کنترل خونریزی.
- درمان افزایش فشار داخل جمجمه‌ای: دیورتیک‌های اسموتیک، حفظ فشار CO_2 تا ۳۵-۳۰ میلی‌متر جیوه، اجتناب از بروز هایپوکسی، بلند کردن سرتخت (برای بهبود بازگشت وریدی و برای کم کردن فشار داخل جمجمه‌ای)، پیرایش ریوی به کمک اکسیژن حمایتی، و حفظ و باز نگه داشتن راه هوایی.
- بیمار را به وسیله سوند داخل تراشه اینتوبه نمایید تا در صورت لزوم راه هوایی باز و کارآمد داشته باشید.
- برون‌ده قلبی بیمار را در حدود ۸-۴ لیتر در دقیقه حفظ نمایید.
- درمان ضد انعقادی ضروری است.
- اندارترکتومی کاروتید برای درمان ایسکمی‌های موقت و سکته‌های کوچک و خفیف مؤثر است.

1- Endarterectomy

درمان عوارض

- هایپوکسی مغزی: تجویز اکسیژن کمکی، حفظ هموگلوبین و هماتوکریت در حدود نرمال و کافی.
- کاهش جریان خون مغزی و گسترش نواحی آسیب دیده: هیدراتاسیون کافی، اجتناب از فشار خون بالا یا افت فشار خون.
- از نظر عفونت‌های مجاری ادراری، دیس‌ریتمی قلبی، عدم تحرک کنترل کنید.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به VCVA

بررسی

تعیین وزن بیمار (برای تعیین مقدار دوز دارویی) و تهیه یک فرم پی‌گیری عصبی برای انعکاس پارامترهای پرستاری به شرح زیر لازم است.

- تغییر در سطح هوشیاری بیمار، توانایی صحبت کردن و شناخت و آشنایی بیمار با محیط.
- وجود یا عدم وجود حرکات ارادی یا غیرارادی اندام: تن عضلانی، وضعیت بدنی و پوزیشن سر.
- سفتی یا شلی گردن.
- باز بودن چشم‌ها، مقایسه اندازه مردمک‌ها و واکنش مردمک‌ها به نور، وضعیت حرکات چشمی.
- رنگ صورت و اندام‌ها، درجه حرارت و رطوبت پوست.
- کیفیت و سرعت نبض و تنفس، گازهای خون شریانی، درجه حرارت بدن، و فشار سرخرگی.
- حجم مایعات خورده شده و جذب شده یا تجویز شده و حجم ادرار در ۲۴ ساعت.
- علائم خونریزی.

بررسی‌های لازم بعد از انجام درمان با t-PA

کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه به مدت ۲ ساعت، و طی ۶ ساعت بعدی هر ۰/۵ ساعت و سپس هر ساعت به مدت ۱۶ ساعت بعد. فشار خون باید در حدود فشارسیستول کمتر از ۱۸۰ و دیاستول کمتر از ۱۰۰ میلی متر جیوه حفظ شود تا از خونریزی پیش‌گیری گردد.

C

مرحله حاد (۲۴ تا ۷۲ ساعت)

- حفظ راه هوایی و تهویه کافی.
- پرکردن فرم بررسی پرستاری که شامل سطح هوشیاری، واکنش پذیری، توانایی صحبت کردن، آشنایی به زمان و مکان، باز بودن چشم‌ها، واکنش مردمک، حرکات ارادی یا غیرارادی، تن عضلانی، وضعیت بدنی، سختی یا شلی گردن، رنگ صورت و انتهاها، درجه حرارت و رطوبت پوست می‌باشد.
- بررسی کیفیت و سرعت نبض و تنفس، در صورت لزوم بررسی گازهای خون شریانی، درجه حرارت بدن و فشار سرخرگی.
- کنترل حجم مایعات خورده شده یا تجویز شده و حجم ادرار دفع شده طی ۲۴ ساعت.
- توجه به هر گونه خونریزی.
- بالا بردن سر تخت.
- حفظ اینتوباسیون داخل تراشه و تهویه مکانیکی.
- کنترل عوارض ریوی (آسپیراسیون، آتلکتازی، پنومونی).
- معاینات قلب از نظر آنومالی‌ها در اندازه و ریتم و علائم نارسایی قلبی.

مرحله بعد از حاد

عملکردهای زیر را بررسی نمایید:

- سطوح ذهنی (حافظه، حدود توجه، درک، شناخت و آشنایی با محیط، زبان و گفتار و تأثیرپذیری).
- احساس و درک (معمولاً بیمار دچار کاهش آگاهی نسبت به درد و درجه حرارت می‌شود).
- کنترل حرکتی (حرکات اندام فوقانی و تحتانی)، توانایی بلع، سطوح هیدراتاسیون و تغذیه، تمامیت پوستی، تحمل فعالیت و عملکرد مثانه و روده.
- تداوم توجه بررسی‌های پرستاری روی آسیب به عملکردهای فعالیت‌های روزانه بیمار (برپایه ساختارهای عملکردی متفاوت بیمار [FIM]).

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- آسیب به حرکت جسمانی در ارتباط با همی پارزی، عدم تعادل و هماهنگی، اسپاستیسیتی، صدمه مغزی.
- درد در ارتباط با همی پلژی و عدم استفاده از عضو مربوطه.
- اختلال و کمبود در امور مراقبت از خود (نظافت و بهداشت، توالت رفتن، حرکت و جابه جایی و تغذیه) در ارتباط با پیامدهای ناشی از سکته.
- اختلال و آسیب به ادراک حواس.
- اختلال در بلع.
- بی‌اختیاری در ارتباط با شل شدن مثانه، بی‌ثباتی عضله دترسور مثانه، گیجی و سختی و مشکلات ارتباطی.
- اختلال در فرآیندهای تفکر در ارتباط با آسیب‌های مغزی، گیجی، عدم توانایی در پی‌گیری فرامین.
- آسیب به ارتباط کلامی در ارتباط با آسیب مغزی، گیجی و ناتوانی در پی‌گیری فرامین.
- خطر آسیب به تمامیت پوستی در ارتباط با همی پارزی یا همی پلژی، کاهش حرکت.
- اختلال در عملکرد جنسی در ارتباط با نقایص عصبی یا ترس از ناتوانی.
- تغییر در فرآیندهای مربوط به خانواده در ارتباط با بروز بیماری مصیبت بار و سنگینی بار مسؤولیت مراقبتی.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

پنومونی؛ کاهش جریان خون مغزی در ارتباط با افزایش فشار داخل جمجمه‌ای، کاهش اکسیژن‌رسانی به مغز.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی برای بیمار ممکن است شامل بهبود حرکت، اجتناب از درد شانه، بهبود مراقبت از خود، کنترل ادراری، بهبود فرآیند تفکر، بهبود و ارتقای شکل ارتباط، تمامیت پوستی، دستیابی دوباره به عملکرد در خانواده، و فقدان

عوارض باشد. اهداف ذکر شده بنا به آگاهی و دانش و این‌که بیمار قبل از سکته چگونه فردی بوده متفاوت است.

C

مداخلات پرستاری

کنترل و درمان عوارض احتمالی

- بررسی علائم حیاتی و سطوح اکسیژن برای برقراری جریان خون کافی به مغز و بافت‌ها.
- بهبود تبادلات گازی در تنفس با کمک اکسیژن حمایتی، ساکشن و انجام فیزیوتراپی قفسه‌سینه.
- حفظ برونده قلبی کافی به وسیله تجویز داروها و مایعات مناسب.

بهبود حرکت و پیش‌گیری از دفورمیتی

- بیمار را در وضعیتی قرار دهید تا از بروز جمع‌شدگی[1] پیش‌گیری کرده و به‌منظور کاهش فشار ارزیابی لازم را انجام داده و به‌منظور حفظ راستای صحیح بدن به بیمار کمک کنید و از بروز نروپاتی‌ها جلوگیری کنید.
- از افتادگی پاها و زخم شدن پاشنه و کوتاه شدن پا به‌وسیله استفاده از تخته‌های محافظ پا در فواصل شل شدن عضلات جلوگیری کنید.
- به‌منظور پیش‌گیری از خم شدن اندام‌های درگیر از اسپلینت‌های خلفی در هنگام شب استفاده کنید.
- از چرخش خارجی مفصل هیپ با استفاده از رول تروکانتر، پیش‌گیری کنید.
- از نزدیک شدن شانهٔ درگیر به‌وسیله بالشی که در زیر بغل قرار می‌دهید پیش‌گیری کنید.
- بازوی مبتلا را به‌منظور جلوگیری از ادم و فیبروز بالاتر از سطح بدن قرار دهید.
- انگشتان را به صورتی وضعیت دهید که کمی حالت فلکشن داشته باشد و دست را در حالت دعا[2] قرار دهید. در صورتی که اندام فوقانی دچار اسپاسم شده، توجه کنید که از رول دست استفاده نکنید.
- از آتل کف دست به‌منظور حمایت از مچ و دست استفاده کنید.

1- Contracture

2- Supination

- هر دو ساعت بیمار را تغییر وضعیت داده به مدت ۱۵ تا ۳۰ دقیقه بیمار را به شکم بخوابانید و این کار را چندین بار در روز تکرار کنید.

C

تثبیت برنامه فعالیتی

- چهار تا پنج بار در روز حرکات دامنه حرکتی مفاصل را به‌طور کامل انجام دهید تا حرکت مفاصل را حفظ کنید. کنترل حرکتی بیمار را شروع کرده و از گسترش انقباض‌ها پیش‌گیری کنید. جریان خون را بهبود بخشیده و برای پیش‌گیری از رکود خون، اندام‌ها را حرکت دهید. در صورتی که سفتی در هر ناحیه‌ای رخ داده نرمش‌های دامنه حرکتی را به‌طور مکرر انجام دهید.
- بیمار را برای یافتن علائم آمبولی ریوی و یا افزایش بار کاری قلبی در دوره‌های فعالیت مورد توجه قرار دهید (کوتاهی تنفس، درد قفسه‌سینه، سیانوز، افزایش سرعت نبض).
- بیمار را در طی انجام فعالیت‌ها حمایت کرده و دوره‌های کوتاه فعالیت را به صورت مکرر برنامه‌ریزی کنید. از طولانی شدن دوره‌های فعالیت بپرهیزید و بیمار را به انجام فعالیت در طرف غیرمبتلا در طول روز تشویق کنید.

آماده سازی برای راه رفتن

- هنگامی که بیمار شروع به بدست آوردن هوشیاریش نمود برنامه‌های بازتوانی را به صورت فعالانه آغاز نمایید (هنگامی که احتمال خونریزی از بین رفت).
- به بیمار در مورد حفظ تعادل در نشستن و ایستادن آموزش دهید و اینکه باید فعالیت‌ها را متعادل کند (در صورت نیاز از یک میز شیبدار استفاده کنید).
- به محض اینکه بیمار توانست بایستد راه رفتن بیمار را آغاز نمایید (میله‌های موازی یا صندلی چرخدار در دسترس باشد تا در صورت بروز سرگیجه بیمار بتواند از آن‌ها استفاده کند).
- دوره‌های خروج از تخت را کوتاه نموده اما به‌طور مکرر این عمل را انجام دهد.

هشدار پرستاری: در مورد بیماران سالمند برنامه‌های توانائی کاملی را برنامه‌ریزی و اجرا کنید.

C

پیش‌گیری از درد شانه

- هرگز بیمار را روی شانه فلج نخوابانید یا بیمار را از ناحیه بازوی آسیب دیده نکشید.
- بیمار را مکرراً تغییر وضعیت و حرکت دهید (مثلاً هنگامی که بیمار نشسته است بازوی فلج را با یک بالش یا میز حمایت کنید و هنگام خروج از تخت برای حمایت از بازو از باند حمایتی استفاده کنید).
- فعالیت‌های دامنه حرکتی را به بیمار بیاموزید چون بسیار سودمند هستند، اما از کشش زیاد بازو اجتناب کنید.
- بازو و دست را برای جلوگیری از ادم دست بالاتر از سطح بدن قرار دهید و در صورت نیاز از ترکیبات ضد درد استفاده کنید.

ارتقای و بهبود مراقبت از خود

- بیمار را به مشارکت در بهداشت فردی تشویق نمایید. فعالیتی را برگزینید که بیمار بتواند آن را با یک دست انجام دهد.
- به بیمار در تعیین اهداف واقع بینانه به همراه تعیین یک برنامه روزانه کمک کنید.
- در صورت امکان، بیمار را به انجام همه امور مراقبت از خود در سمت غیرمبتلا وادار نمایید تا اولین مرحله نوتوانی آغاز شود.
- مطمئن شوید که بیمار از سمت مبتلای بدن خود غافل نشده است. در صورت لزوم توصیه‌های لازم را به او بدهید.
- مطمئن شوید که بیمار هنگام خروج از تخت لباس کامل پوشیده است.
- به بیمار در انجام فعالیت‌ها کمک کنید (مثل لباس پوشیدن: اول سمت مبتلا را لباس بپوشانید)، محیط را آماده و سازماندهی نمایید.
- بیمار را تحت حمایت عاطفی خود قرار داده و او را به‌منظور جلوگیری از خستگی و دلسردی مورد تشویق قرار دهید.

رسیدگی به مشکلات احساسی و درکی

- بیماری که دچار اختلال در بینایی شده را به سمتی قرار دهید که ادراک بینایی وجود دارد و سالم است و همه محرکات بینایی را در آن سمت قرار دهید.
- به بیمار در مورد قرار دادن اشیاء، مستقیماً در دامنه بینایی توصیه نموده و فقدان‌ها را جبران نمایید. با بیمار تماس چشمی برقرار نمایید و به سمت مبتلا توجه خاص داشته باشید.

- نور طبیعی فضا را زیاد کنید یا از نور مصنوعی استفاده نمایید و برای بهبود بینایی از عینک‌های مناسب استفاده کنید.
- بیمار دچار نیم بینایی[1] را روی سمت غیرمبتلا قرار داده و اندام‌ها را به صورتی قرار دهید که بیمار بتواند آن‌ها را ببیند.

C

درمان دیس‌فاژی

- بیمار را از نظر حمله‌های سرفه بررسی نمایید، و بیرون ریختن غذا و یا قرار دادن غذا در یک سمت دهان و باقی‌ماندن طولانی مدت غذا در دهان و یا رگورژیتاسیون از بینی هنگام بلع مایعات را مورد توجه قرار دهید.
- به‌منظور بهبود رفلکس گگ با گفتار درمان مشورت نمایید. تکنیک‌های انتخابی و جایگزین بلع را به بیمار بیاموزید، و او را به دریافت حجم کم غذا تشویق نموده، و به او توصیه کنید تا از غذاهایی استفاده کند که راحت‌تر بلعیده شوند. در صورت لزوم از رژیم پوره استفاده کنید.
- بیمار را در حالت قائم بنشانید، بهتر است هنگام خوردن و آشامیدن روی صندلی بنشیند و در صورت تحمل غذا آن‌ها را افزایش دهید.
- در صورت نیاز بیمار را برای انجام تغذیه معدی ـ روده‌ای از طریق لوله آماده کنید. هنگام تغذیه سر تخت را بلند کنید، قبل از انجام تغذیه، قرارداشتن سوند را در محل مناسب بررسی نمایید، تغذیه را با سرعت کم ادامه دهید، و مطمئن شوید که کاف تراکیوستومی باد شده است، در صورت وجود باقی‌مانده زیاد غذا در معده آن را ثبت و گزارش کنید.

بدست آوردن کنترل روی دفع ادرار و مدفوع

- در مدتی که کنترل اسفنکتر وجود ندارد، سونداژ را به روش استریل انجام دهید.
- الگوهای تخلیه مثانه یا درخواست bedpan را در دوره‌های مختلف تجزیه تحلیل نمایید.
- به بیماران مرد کمک کنید که وضعیتی قائم داشته باشند تا تخلیه بهتر صورت گیرد.

1- Hemianopsia

- از دادن رژیم پرفیبر به بیمار اجتناب کرده و مایعات کافی به او برسانید (۳-۲ لیتر در هر روز)، البته در صورتی که منعی ندارد.
- یک زمان معینی (مثلاً بعد از صبحانه) برای تمرین دفع در نظر بگیرید.

C

بهبود فرآیند تفکر

- بیمار را در مورد تمرین برنامه‌ها آماده کنید و او را برای استفاده از تمرینات درکی، تصورات و تصویرسازی بینایی، شناخت و آشنایی واقع بینانه، و انجام تدابیر و روش هایی برای جبران فقدان‌ها تشویق نمایید.
- بیمار را حمایت نمایید: مشاهده عملکرد و پیشرفت بیمار، از فیدبک مثبت استفاده نمایید، و دیگر مداخلاتی چون استفاده از بهبود و ارتقای عملکرد بعد از صدمات سر را تأمین نمایید.

بهبود ارتباط

- برنامه‌های فردی را تقویت نمایید.
- اهداف را به اثبات رسانده و بیمار را به داشتن نقش فعال تشویق نمایید.
- یک جو ارتباطی مطلوب برای بیمار تأمین نموده و به نیازها و واکنش‌های بیمار پاسخ مناسب داده و نیازهای او را با یک شیوه و رفتار مناسب حمایت نمایید. و بیمار را به عنوان فردی بالغ درمان کنید.
- با بیمار مانند یک فرد بزرگسال رفتار کنید، که این مسأله در فرو نشاندن اضطراب او مؤثر است. پرستار باید با روحیه‌ای قوی به حمایت از بیمار بپردازد و او را درک نماید.
- استفاده از یک جدول زمان‌بندی شده دائم، تکرار و عادت دادن بیمار به امور روزمره می‌تواند در تطابق بیمار مؤثر باشد. رونوشتی مکتوب از برنامه‌ها، خلاصه‌ای از اطلاعات شخصی، چک لیست‌ها و نوارهای صوتی کمک‌کننده است. تابلوی ارتباطی نیز ممکن است استفاده شود.
- هنگام ارائه مراقبت‌ها با بیمار آفازی صحبت کنید تا تماس بیمار با اجتماع حفظ شود.
- وقتی با بیمار صحبت می‌کنید کاملاً به او توجه نمایید و توجه او را جلب کنید. آرام صحبت کنید، و در یک زمان در مورد یک موضوع صحبت کرده

و به بیمار اجازه دهید که به تجزیه تحلیل یافته‌ها بپردازد.

C

حفظ تمامیت پوستی

- پوست را برای یافتن علامت‌های اختلال در تمامیت به صورت مکرر بررسی نموده، نواحی روی استخوان و نقاط مختلف بدن را کاملاً بررسی نمایید.
- از شیوه‌های کاهش فشار روی پوست استفاده کنید. وضعیت بیمار را مکرراً تغییر دهید (حداقل هر ۲ ساعت) و هنگام پوزیشن دادن از سایش و ایجاد اصطکاک جلوگیری نمایید.
- پوست را تمیز و خشک نگه داشته، و پوست خشک و سالم را به خوبی مراقبت کرده و تغذیه کافی را حفظ کنید.

بهبود تطابق خانوادگی بر طبق آموزش‌های سلامتی

- از خانواده حمایت کرده و در صورت لزوم با آن‌ها مشورت نمایید.
- مشارکت اعضای خانواده در مراقبت ۲۴ ساعته از بیمار و آموزش به آن‌ها را تسهیل نموده، و هر چند وقت یکبار با مرکز مراقبت‌های روزانه بالغین در ارتباط باشند. اطلاعات لازم را به خانواده بدهید و آن‌ها را برای کمک به بیمار در امر مراقبت تشویق نمایید.
- دیگران را در مراقبت از بیمار مشارکت دهید: آموزش روش‌ها و چگونگی درمان استرس، و حفظ سلامت شخصی برای تطابق خانواده با مشکل بیمار بسیار مؤثر است.
- به بیمار در مورد پیامدهای مورد انتظار در سکته اطلاعاتی ارائه نموده و با آن‌ها در مورد اجتناب از انجام کارهایی که بیمار خود قادر به انجام آن‌هاست مشورت نمایید.
- اهداف قابل دستیابی را به‌وسیله مشارکت تیم مراقبت در منزل، بیمار و خانواده او توسعه دهید.
- همه افراد را به داشتن ارتباطات مؤثر با بیمار تشویق کرده، و به او توجهات خوش بینانه داشته، از وی حمایت نمایند، و بر توانایی‌های باقی‌مانده بیمار تأکید نمایند. برای خانواده توضیح دهید که حالات و تظاهرات احساسی و

عاطفی بیمار با گذشت زمان بهبود می‌یابد.

C

بازیابی عملکرد جنسی

- یک بررسی کامل و عمیق در مورد سابقه و تاریخچه فعالیت‌های جنسی قبل و بعد از سکته انجام دهید.
- مداخلات در مورد بیمار و شریک جنسی او با تأکید بر ارائه اطلاعات لازم، آموزش، تسلی خاطر دادن، در نظر گرفتن داروهای مناسب، مشاوره در زمینه مهارت‌های تطابقی، پیشنهاد وضعیت‌های بدنی دیگر جهت انجام فعالیت‌های جنسی و دیگر روش‌های ارضاء تمایلات جنسی انجام می‌گردد.
- بیمار را برای انجام مشاوره جنسی در مورد شیوه‌های جایگزینی برای بیان احساسات جنسی تشویق نمایید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

- بیمار را تا حد امکان به انجام مراقبت از خود به صورت کامل تشویق نمایید، در صورت لزوم به بیمار کمک کنید.
- کار درمانی برای بیمار استفاده کرده و یک بررسی از منزل بیمار به عمل آورده و تدابیری اتخاذ نمایید که بیمار به حداکثر استقلال دست یابد.
- تمامی مراقبت‌هایی که به‌وسیله سرویس‌های مختلف سلامتی ارائه می‌شود را هماهنگ نموده، به خانواده در طراحی جوانب مراقبت‌ها کمک کنید.
- بیمار را به‌منظور انجام گفتار درمانی در منزل ارجاع دهید، خانواده را در مراقبت درگیر نمایید. خانواده را آماده نمایید تا در حین انجام گفتار درمانی زمینه انجام تمرین‌های ساختاری مفید برای بیمار را فراهم نمایند.
- به خانواده توصیه کنید که بیمار ممکن است زود خسته شود، با هر اتفاق کوچکی تحریک‌پذیر یا غمگین شود، یا نسبت به وقایع روزمره بی‌تفاوت و بی‌علاقه باشد، پس باید آماده باشند.
- در مورد افسردگی بیمار با پزشک مشورت نمایید تا از داروهای ضدافسردگی مناسب استفاده کنید.
- خانواده را برای حمایت از بیمار و دادن نگرش مثبت به وی تشویق نمایید.

- خانواده را به تلاش برای حفظ سلامت شخصی و داشتن احساس خوب تشویق نمایید.
- بیمار را به شرکت در برنامه‌های ارتباطی کلوپ‌های سکته تشویق نمایید تا به او، احساس بودن در بین مردم و داشتن ارتباط با آنان دست دهد.
- بیمار را برای ادامه زندگی با همان عادات و آفرینش دوباره علائق و خواستگاه‌ها تشویق نموده و او را برای برقراری تماس با دوستان و اجتناب از دوری گزیدن از اجتماع آماده نمایید.

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- بهبود وضعیت حرکتی.
- عدم شکایت از درد.
- بهبود مراقبت از خود.
- چرخاندن سر برای دیدن اشیاء یا مردم.
- اثبات بهبود در توانایی بلعیدن.
- دستیابی به دفع طبیعی ادرار و مدفوع.
- اثبات بهبود ارتباط.
- مشاهده رفتار و نگرش مثبت اعضای خانواده و اجرای روش‌های تطابقی مناسب.
- دارا بودن نگرشی مثبت در رابطه با روش‌های مختلف بیان احساسات جنسی.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Cholelithiasis (and cholecystitis)

کوله لیتیاز (و کوله سیستیت)

کوله لیتیاز (سنگ صفراوی) معمولاً در کیسه صفرا و از مواد جامد موجود در صفرا تشکیل می‌شود. که این سنگ‌ها تفاوت‌های زیادی در اندازه، شکل و ترکیب دارند. سنگ‌های صفراوی به دو نوع اصلی تقسیم می‌شوند:

سنگ‌های پیگمانته[1]، که از رسوب ترکیبات مختلف رنگی در صفرا که از نوع غیرکونژوگه می‌باشند تشکیل شده، و نوع دیگر سنگ‌های کلسترولی (رایج‌ترین نوع) می‌باشد، که در اثر اشباع بیش از حد صفرا به‌وسیله ترکیبات کلسترول به علت افزایش سنتز کلسترول و کاهش سنتز اسیدهای صفراوی که عمل تجزیه کلسترول را بر عهده دارند ایجاد می‌شود. عوامل خطر در ایجاد سنگ‌های پیگمانته شامل سیروز، هملولیز، و عفونت‌های درخت صفراوی می‌باشد. این سنگ‌ها را نمی‌توان با دارو حل کرد و فقط باید با جراحی خارج شوند. عوامل خطر در مورد سنگ‌های کلسترولی شامل جنس (شیوع آن در زنان چهار برابر بیشتر از مردان است)، استفاده از ترکیبات ضدبارداری خوراکی، استروژن و کلوفیبرات؛ سن (معمولاً بالاتر از ۴۰ سال)، چند زایمانی و چاقی مرضی می‌باشد. البته در بیماری دیابت، بیماری‌های معدی روده‌ای، وجود فیستول لوله T و بای پس یا جراحی ایلئوم خطر ابتلا بسیار بالاست.

کوله سیستیت یکی از عوارض حاد کوله لیتیاز است، که یک عفونت حاد کیسه صفرا می‌باشد. اغلب بیماران مبتلا به کوله سیستیت، سنگ کیسه صفرا هم دارند (کالکالوس کوله‌سیستیت).[سنگ‌های صفراوی باعث انسداد جریان صفرا به خارج شده و صفرا و تجمع آن در کیسه صفرا باعث شروع یکسری واکنش‌های شیمیایی می‌شود، و در نتیجه ادم، فشار به عروق خونی و اختلال در خون‌رسانی و در نهایت گانگرن رخ می‌دهد. هنگامی که سنگ کیسه صفرا وجود ندارد، کوله سیستیت (آکالکالوس) ممکن است بعد از جراحی، ضربات شدید، تزریق مکرر خون، و عفونت‌های باکتریایی اولیه کیسه صفرا یا سوختگی، چرخش و انسداد مجرای سیستیک، ایجاد شود. عفونت‌های کیسه صفرا باعث درد و تحریک‌پذیری، سختی قسمت‌های فوقانی در سمت راست شکم شده که با تهوع و استفراغ و علائم معمولی التهاب تظاهر می‌یابد. از وجود محتویات چرکی در داخل کیسه صفرا به عنوان آمپیم کیسه صفرا یاد می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید مداخلات پرستاری مربوط به کوله لیتیاز را ملاحظه نمایید.

1- Pigment

تظاهرات بالینی

- ممکن است بیماری خاموش باشد، که هیچ دردی ایجاد نکرده و تنها نشانه‌های خفیف گوارشی وجود دارد.
- ممکن است حاد یا مزمن باشد و با دیسترس‌های اپی‌گاستر ظاهر یابد (پری، نفخ و اتساع شکم، درد مبهم در ربع فوقانی راست شکم) که این حالات بعد از خوردن غذاهای پر چرب ظهور می‌نمایند.
- در صورتی که مجرای سیستیک انسداد یابد، کیسه صفرا متسع شده و در نهایت دچار عفونت می‌شود؛ بیمار دچار تب و گاهی توده قابل لمس در شکم می‌گردد. کولیک صفراوی و دردهای شدید در ربع فوقانی راست شکم که به پشت و شانه راست انتشار می‌یابد، بیمار بی‌قرار است و درد مداوم و ماهیت کولیکی دارد.
- زردی، که با خارش شدید پوست و مخاط همراه است، به‌وسیله انسداد مجرای مشترک صفراوی در عدهٔ محدودی از بیماران رخ می‌دهد.
- ادرار خیلی تیره، مدفوع خاکستری رنگ ایجاد می‌شود.
- کمبود ویتامینهای K,E,D,A (ویتامین‌های محلول در چربی) نیز رخ می‌دهد.
- آبسه، نکروز، و پرفوراسیون به همراه پریتونیت در صورت ادامه انسداد کیسه صفرا و مجاری صفراوی با سنگ ایجاد می‌شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- رادیوگرافی شکم، اولتراسونوگرافی یا کوله سیستوگرافی، تصویربرداری با مواد رادیونوکلئید، یا کوله سیستوگرافی مفید است.
- کولانژیو پانکراتوگرافی آندوسکوپیک رتروگراد (ERCP) انجام می‌شود.
- کولانژیوگرافی ترانس هپاتیک از راه پوست (PTC) نیز مفید است.

ملاحظات سالمندی

- مداخلات جراحی برای بژیماری سیستم صفراوی رایج‌ترین جراحی است که در سالمندان انجام می‌شود.
- بیماری صفراوی ممکن است علائم و نشانه‌هایی مشابه شوک سپتیک داشته باشد: اولیگوری، کاهش فشار خون، تغییرات ذهنی، تاکیکاردی، و تاکی‌پنه.

C

- میزان مرگ‌ومیر در اثر عوارض جدی بیماری بالاست. خطر بروز عوارض و کوتاه بودن مدت بستری در بیمارستان باعث می‌شود که خانواده و بیمار نیازمند داشتن اطلاعاتی کافی در خصوص علائم و نشانه‌های ظهور عوارض و ارزیابی برای جلوگیری از بروز آن‌ها باشند.
- کوله سیستکتومی معمولاً بهتر تحمل می‌شود و خطر کمتری دارد، البته در صورتی که بررسی‌های جامع و مراقبت‌های کافی قبل، حین و بعد از جراحی صورت پذیرد.

درمان طبی

اصلی‌ترین اهداف درمان طبی در بیماران کاهش بروز دوره‌های درد حاد کیسه صفرا و کوله سیستیت به وسیله درمان‌های حمایتی و رژیم‌های درمانی خاص می‌باشد و در صورت امکان برطرف کردن علت ایجاد مشکل به‌وسیله درمان دارویی، شیوه‌های آندوسکوپیک یا مداخلات جراحی است.

- تزریق حلال به داخل کیسه صفرا به‌منظور حل کردن سنگ‌های صفراوی.
- خروج سنگ‌ها به‌وسیله ابزار خاص یا به وسیله ERCP آندوسکوپیک.
- لیتوتریپسی به کمک امواج سنگ شکن اکستراکورپورال نیز انجام می‌شود (امواج سنگ شکن به صورت مداوم به موضع وجود سنگ در کیسه صفرا یا مجاری مشترک صفراوی تابانده می‌شود)، ممکن است لیتوتریپسی اینتراکورپورال نیز انجام شود (سنگ‌هایی که به وسیله روش‌های اولتراسوند، لیزرپالس، یا لیتوتریپسی هیدرولیک تکه تکه شده‌اند، در مواجهه مستقیم امواجی از داخل قرار می‌گیرند).

درمان تغذیه‌ای و حمایتی

- بهبود وضعیت بیمار به وسیله استراحت، مایعات داخل وریدی، ساکشن بینی معدی، داروهای ضد درد، و آنتی‌بیوتیک‌ها امکان‌پذیر است.
- بلافاصله بعد از گذراندن حمله بیماری، رژیم بیمار به صورت مایعات کم چربی و پر پروتئین و پرکربوهیدرات طراحی می‌شود و بعد از آن به وسیله رژیمی از غذاهای جامد نرم که برای بیمار قابل تحمل است دنبال می‌شود. باید از خوردن تخم مرغ، غذاهای غنی از چربی، سبزیجات نفاخ و

ایجادکننده گاز، و الکل اجتناب شود.

درمان دارویی

- ترکیبات ضد درد مثل مپریدین ممکن است لازم باشد، باید از تجویز مرفین اجتناب شود چون باعث افزایش اسپاسم اسفنکتر اودی می‌شود.
- اورسودزوکسی کولیک اسید و کنودزوکسی کولیک اسید (کنودیول، یا CDCA) در مورد حل کردن سنگ‌های اولیه کلسترولی مؤثر است.
- پی‌گیری‌های بلندمدت و کنترل آنزیم‌های کبدی نیز مؤثر است

درمان جراحی

هدف از جراحی تسکین نشانه‌های دائمی بیمار و خارج نمودن و برطرف کردن علت کولیک و درمان کوله سیستیت حاد می‌باشد.

- کوله سیستکتومی لاپاروسکوپیک: که به وسیله یک برش کوچک یا پارگی مختصر در ناحیه شکم (در ناحیه ناف) انجام می‌گیرد.
- کوله سیستکتومی: بعد از مسدود کردن مجرای صفراوی و عروق، کیسه صفرا خارج می‌شود.
- کوله سیستکتومی کوچک: کیسه صفرا از طریق یک برش ۴-۳ سانتی متری برداشته می‌شود.
- کوله داکوستومی: برش روی مجاری صفراوی برای برداشتن سنگ انجام می‌شود.
- کوله سیستوستومی (جراحی یا از طریق پوست): کیسه صفرا باز شده و سنگ‌ها، صفرا و ترشحات چرکی خارج می‌شود.

فرآیند پرستاری: بیمار با کوله‌سیستکتومی

بررسی

- بررسی تاریخچه سلامتی: توجه به سابقه سیگار کشیدن یا مشکلات تنفسی ضروری است.
- بررسی سطوح تنفس بیمار: توجه به محدودیت‌ها و الگوی تنفس، سرفه‌های مداوم، صداهای تنفسی اضافی و غیرمؤثر لازم است.
- ارزیابی وضعیت تغذیه (سابقه رژیم غذایی، معاینات کلی و عمومی، نتایج

بررسی‌های آزمایشگاهی) نیز مفید به نظر می‌رسد.

C

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- درد و ناراحتی در ارتباط با برش جراحی.
- اختلال در تبادلات گازی در ارتباط با انجام برش در ناحیه شکم.
- اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با تغییر در تخلیه صفرا بعد از انجام جراحی.
- تغذیه نامتعادل در ارتباط با ترشح ناکافی صفرا.
- کمبود دانش و آگاهی در مورد فعالیت‌های مراقبت از خود در ارتباط با مراقبت‌های جراحی، اصلاحات رژیم غذایی (در صورت لزوم)، دارودرمانی، و علائمی که باید گزارش شوند (تب، خونریزی، استفراغ).

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- خونریزی.
- علائم و نشانه‌های گوارشی.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف شامل تسکین درد، تهویه کافی، سلامت پوست و بهبود درناژ صفراوی، دریافت کافی مواد غذایی، درک روتین‌های مراقبت از خود و فقدان بروز عوارض می‌باشد.

مداخلات پرستاری: بعد از عمل

- قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته.
- تجویز مایعات وریدی و انجام ساکشن بینی معِدی.
- تأمین آب و دیگر مایعات و رژیم نرم بعد از اینکه صداهای روده شنیده شد.

تسکین درد

- به بیمار توصیه کنید که به‌منظور حمایت از محل عمل از یک بالش در محل برش استفاده کند.
- طبق دستور از ترکیبات ضد درد استفاده نمایید.

بهبود وضعیت تنفسی بیمار

- به بیمار یادآوری کنید که ریه هایش را کاملاً باز و متسع نماید تا از آتلکتازی پیش‌گیری کند. بیمار را به خروج از تخت هر چه سریع‌تر تشویق کنید.
- بیماران سالمند و چاق را از نظر مشکلات تنفسی تحت کنترل و توجه دقیق قرار دهید.

بهبود وضعیت تغذیه‌ای

در زمان ترخیص بیمار را در مورد رژیم غذایی و اجتناب از چربی اضافی راهنمایی کنید؛ محدودیت در چربی ممکن است ۴ تا ۶ هفته به‌طور بینجامد.

بهبود مراقبت از پوست و درناژ صفراوی

- لوله‌های تخلیه را به ظروف جمع‌آوری ترشحات وصل کرده و برای اجتناب از کشیدگی یا تا شدگی لوله‌ها را فیکس کنید (بالاتر از سطح شکم).
- هنگام خروج بیمار از تخت، کیسه‌های جمع‌آوری ترشحات را در جیب بیمار قرار دهید.
- بیمار را برای یافتن علائم عفونت، نشت صفرا یا انسداد در مسیر جریان یافتن ترشحات مورد توجه قرار دهید.
- بیمار را از نظر زردی کنترل نمایید (صلبیه را چک کنید).
- به درد در ناحیه فوقانی راست شکم توجه و آن را گزارش کنید. تهوع و استفراغ را نیز مدنظر داشته باشید.
- پانسمان‌ها را مکرراً تعویض نمایید، از پماد به‌منظور حفاظت پوست از تحریکات بهره گیرید.
- جذب و دفع را به دقت کنترل و ثبت نمایید.
- هر ۲۴ ساعت میزان صفرای جمع‌آوری شده را کنترل نمایید. و مقدار، رنگ و ماهیت ترشحات را ثبت کنید.

پایش و اداره‌ی عوارض

- خونریزی: ناحیه را از نظر افزایش تحریک‌پذیری و سفتی شکم بررسی و گزارش کنید؛ بیمار و خانواده را در مورد گزارش تغییر در رنگ مدفوع آماده

نمایید. علائم حیاتی را به دقت کنترل کنید. محل عمل را برای یافتن خونریزی مورد مشاهده قرار دهید.

- **علائم و نشانه‌های گوارشی:** کاهش یا فقدان اشتها، استفراغ، درد، نفخ شکم و افزایش درجه حرارت را بررسی نموده و فوراً گزارش دهید و بیمار و خانواده او را به‌منظور گزارش فوری علائم آماده نمایید؛ که این آماده‌سازی ممکن است کتبی یا شفاهی صورت گیرد.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به‌صورت شفاهی یا کتبی، بیمار را در مورد مراقبت از لوله‌های ترشحی و گزارش فوری تغییر در مقدار و ماهیت ترشحات راهنمایی کنید.
- در مورد داروها و شیوه عملکرد آن‌ها به بیمار آموزش دهید.
- بیمار را در مورد گزارش فوری نشانه‌های زردی، ادرار تیره، مدفوع رنگ پریده، خارش[1]، یا علائم التهاب و عفونت (مثل، درد یا تب بعد از لاپاروسکوپی) به پزشک راهنمایی کنید.
- راهنمایی‌های کتبی و شفاهی در مورد درمان درد بعد از عمل و علائم و نشانه‌های عوارض داخل شکمی که باید فوراً گزارش شوند (فقدان اشتها، استفراغ، درد، نفخ و اتساع شکم، و افزایش درجه حرارت) را به بیمار ارائه دهید.
- در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول بعد از عمل بیمار را به علت خواب آلودگی و گیجی ناشی از عمل به سیستم مراقبت در منزل ارجاع دهید.
- بر اهمیت انجام پی‌گیری‌های بعدی تأکید نمایید.

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- گزارش کاهش درد.
- کفایت عملکرد تنفسی.
- سلامت پوست نواحی اطراف محل تخلیه صفرا.
- برطرف شدن یا کاهش عدم تحمل رژیم غذایی.

1- Pruritus

- عدم ابتلا به هیچ‌گونه عارضه.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۰، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

C

Chronic obstructive pulmonary Disease(COPD)
بیماری مزمن انسدادی ریه

بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD) به‌وسیله هرگونه انسداد در راه‌های هوایی ایجاد می‌شود که بدنبال آمفیزم، برونشیت مزمن، یا هر دو ایجاد شده است. انسداد جریان هوا معمولاً پیش‌رونده بوده و غیرقابل برگشت می‌باشد، و با هایپراکتیویته در نتیجه اتساع راه‌های هوایی محیطی، محدودیت جریان هوا، و تغییرات عروقی در ریه همراه است. در حال حاضر آسم نیز به عنوان یک اختلال مشابه شناخت شده و با علائمی شبیه COPD مورد بحث قرار می‌گیرد. سیگار کشیدن، آلاینده‌های هوا، و تماس‌های شغلی (زغال، پنبه، غلات) جزء عوامل خطرساز مهمی محسوب می‌شوند که ممکن است بعد از یک دوره ۳۰-۲۰ ساله خود را نشان داده و باعث توسعه اختلال شوند. عوارض CopD بسیار متنوع و متفاوت است که شامل عدم کفایت تنفس، و نارسایی تنفسی (مهمترین عارضه) و پنومونی، آتلکتازی و پنوموتراکس می‌باشد.

تظاهرات بالینی

- CopD با دیس‌پنه، سرفه، افزایش کار تنفسی، که در ابتدا به صورت دیس‌پنه در حین فعالیت‌های خفیف بوده و بعد به‌صورت بروز دیس‌پنه حین استراحت پیشرفت می‌کند مشخص می‌شود.
- از دست دادن وزن رایج است.
- نشانه‌ها مختص به این بیماری است.

به تظاهرات بالینی مربوط به آسم، برونشکتازی، برونشیت و آمفیزم مراجعه نمایید.

ملاحظات سالمندی

COPD باعث بروز تغییرات فیزیولوژیک بسیاری می‌شود که با سن در رابطه

بوده و با انسداد راه هوایی (در برونشیت) و از دست رفتن شدید حالت ارتجاعی ریه‌ها (در آمفیزم) تظاهر می‌یابد. تغییرات دیگر در الگوی تهویه - پرفیوژن روی می‌دهد.

C

درمان طبی

- منع استفاده از سیگار
- استفاده از برونکودیلاتورها، کورتیکواستروئیدها و دیگر داروها
- اکسیژن تراپی، که شامل تجویز اکسیژن هنگام شب است.
- درمان‌های مختلفی مخصوص بیماری وجود دارد. به درمان‌های طبی در بخش آسم، برونشکتازی و آمفیزم مراجعه نمایید.
- جراحی: لوبکتومی برای کاهش دیسپنه؛ کاهش حجم ریوی برای بهبود الاستیسیتی و کارکرد؛ پیوند ریه

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به COPD

بررسی

تعیین عوامل خطر

عوامل خطری چون سیگار کشیدن، پیپ کشیدن، سیگار برگ یا دیگر انواع مواد دودزا یا ترکیبات استنشاقی مشابه را بررسی نمایید.

گرفتن تاریخچه سلامتی

گرفتن تاریخچه‌ای از علائم و نشانه‌های اخیر و تظاهرات بیماری قلبی بسیار اساسی است.

- در طی مشکلات تنفسی چه علائمی بروز می‌کند.
- دیس‌پنه، کوتاهی تنفس، ویزینگ، عدم تحمل فعالیت، خستگی.
- تأثیر بر عادات غذایی و خواب.

انجام معاینات جسمی

به‌منظور دستیابی به داده‌های پایه معاینات جسمی کامل لازم است:

- نبض، سرعت تنفس، و ریتم تنفس.

- انقباض عضلات شکم در حین تنفس.
- استفاده از عضلات کمکی تنفس، بازدم طولانی.
- سیانوز، پرخونی عروق گردن.
- ادم محیطی.
- سرفه؛ رنگ و مقدار و چسبندگی و ماهیت خلط.
- سطوح حسی، افزایش استوپور، تشویق.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- اختلال در تبادلات گازی در ارتباط با عدم کفایت تهویه و پرفیوژن.
- پاکسازی غیرمؤثر راه‌های هوایی در ارتباط با افزایش ترشحات مخاطی، سرفه غیرمؤثر، و عفونت‌های برونش و ریه.
- الگوی تنفسی غیرمؤثر در ارتباط با کوتاهی تنفس، ترشحات، چسبندگی برونش‌ها، تحریک راه هوایی.
- کمبود مراقبت از خود در ارتباط با خستگی ثانویه به افزایش کار تنفس و ونتیلاسیون و اکسیژن رسانی ناکافی.
- عدم تحمل فعالیت بدنبال خستگی، هایپوکسمی، و الگوی تنفسی غیرمؤثر.
- تطابق غیرمؤثر در ارتباط با فقدان حضور در اجتماع، اضطراب، افسردگی، سطوح پایین فعالیتی، و ناتوانی در انجام کار.
- کمبود دانش و آگاهی در ارتباط با خطر سیگار کشیدن در به طول انجامیدن رفتارهای پرخطر.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- نارسایی یا ناکارآمدی تنفس.
- آتلکتازی.
- پنومونی.
- پنوموتراکس.
- افزایش فشار ریوی (هایپرتنشن ریوی).

C

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی در بیمار شامل بهبود تبادلات گازی، قطع سیگار کشیدن، بهبود الگوی تنفسی، به حداکثر رسیدن درمان توسط خود فرد، ارتقای تحمل فعالیت، بهبود پاک‌سازی راه‌های هوایی، ارتقای توانایی در تطابق، بهبود کیفیت زندگی، و کنار آمدن و قبول روش‌های درمانی و برنامه‌های مراقبت در منزل می‌باشد.

مداخلات پرستاری

بهبود تبادلات گازی

- کنترل هایپوکسی و دیس‌پنه.
- تجویز داروهای مناسب و هوشیار بودن در مورد عوارض جانبی آن‌ها.
- بررسی میزان تسکین برونکواسپاسم در بیمارانی که کاهش دیس‌پنه را گزارش نموده‌اند.
- کنترل اکسیژن دریافتی و مؤثر بودن آن به وسیله پالس اکسیمتری یا تجزیه گازهای خون شریانی (ABG).

هشدار پرستاری: به دلیل اینکه هایپوکسی خود تحریکی برای تنفس در بیمار مبتلا به CopD محسوب می‌شود مراقب باشید در هنگام اصلاح هایپوکسی توسط تجویز اکسیژن از سرکوب فعالیت تنفسی فرد اجتناب کنید.

ارتقای پاک نگه‌داشتن راههای هوایی

- بیمار را به افزایش دریافت مایعات به‌منظور رقیق شدن ترشحات تشویق نمایید.
- محرک‌های ریوی را حذف کنید.
- بیمار را برای انجام سرفه کنترل شده یا مستقیم آماده نمایید.
- فیزیوتراپی قفسه‌سینه و درناژ وضعیتی را برقرار نمایید و روش انجام تنفس با ایجاد فشار مثبت (IPPB) را در هنگام لزوم آموزش دهید.
- بیمار را برای انجام تکنیک‌های سرفه مؤثر آماده نمایید.
- سرعت جریان هوا در بازدم بیمار را ارزیابی کنید.

- تکنیک‌های تنفسی برای کاهش میزان تنفس و بیرون‌راندن حداکثر هوا را آموزش دهید.

C

پیش‌گیری از بروز عفونت‌های ریوی

- بیمار را به‌منظور گزارش علائم عفونت (مثل تب، تغییر در رنگ خلط، ماهیت و چسبندگی یا مقدار خلط) آماده نمایید و به او بیاموزید که هر علامتی که بدتر شد و بهبود نیافت را گزارش کند.
- به بیمار توصیه کنید که از مواجهه با هوای آلوده یا آلاینده‌های تنفسی در خارج از منزل اجتناب کند، چون ممکن است باعث افزایش برونکواسپاسم شوند. البته توصیه به بیمار برای اجتناب از قرارگیری در محیط‌های شلوغ و فضای با درجه حرارت بالا بسیار مفید است.
- بیمار را به ایمن سازی برعلیه هموفیلوس آنفولانزا و استرپتوکوکوس پنومونیه تشویق کرده و همچنین او را تشویق نمایید که هر سال واکسن آنفلوانزا و هر ۷-۵ سال واکسن بر ضد پنوموکک را دریافت نماید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

- بر نحوه انجام صحیح رژیم‌های درمانی توسط بیمار و خانواده او نظارت داشته باشید (مثل، مقدار دوز داروهای استنشاقی [MDI]، IPPB، فیزیوتراپی قفسه‌سینه و درناژ وضعیتی) و قبل از ترخیص بیمار، کاملاً او را از نظر انجام صحیح امور توجیه نمایید.
- بیمار را در صورت نیاز به سیستم مراقبت در منزل ارجاع دهید.

ارتقای تحمل فعالیت

- به بیمار بیاموزید که شیوه زندگی خود را با سطح فعالیت در سطح متوسط هماهنگ نماید، و رطوبت و درجه حرارت محیط دارای حداقل تغییرات باشد.
- بیمار را به اجتناب از هرگونه استرس و آسیب‌های عاطفی و موقعیت‌های تنش‌زا تشویق نمایید.
- استراتژی‌های ترک سیگار را به بیمار آموخته و پیشرفت بیمار را با وی مرور نمایید.

آموزش در مورد بازتوانی ریوی و مراقبت از خود

- داوطلب را برای توان‌بخشی مشخص، و او را برای یادگیری برنامه توان‌بخشی تقویت کنید.
- برای بیمار فعالیت‌هایی را برنامه‌ریزی نمایید که بتواند به بالاترین سطوح استقلال عملکردی دست یابد و به ارتقای کیفیت زندگی بیمار کمک کنید. به نیازهای جسمی و روحی بیمار به‌طور همزمان رسیدگی کرده، به بیمار در قبول واقعیت‌ها و اهداف بلند مدت و کوتاه مدت کمک نمایید.
- تمرین‌های تنفسی را در بیمار به اجرا درآورده و آن‌ها را تقویت کنید و برنامه‌ها را دوباره طرح‌ریزی کنید و به بیمار روش‌های کاهش نشانه‌ها را بیاموزید. بیمار را برای انجام فعالیت‌ها آماده سازید (اجتناب از فعالیت‌هایی که نیاز به بالا بردن بازوها داشته یا حرکت تا زمانی که بیمار ایستاده است و به مدت یک ساعت یا بیشتر در اطراف به فعالیت پرداخته است).
- در صورت تجویز، به بیمار در آموزش و یادگیری تلاش برای استفاده از عضلات در طی دم کمک کنید: تنفس در مقابل مقاومت به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه هر روز، و افزایش مقاومت طبیعی. سپس به بیمار بیاموزید که راه‌های هماهنگی بین تنفس دیافراگمی و فعالیت‌هایی چون راه رفتن، حمام کردن، و بالا رفتن از پله‌ها چیست.
- بیمار را تشویق کنید که کم کم کارهایی مثل حمام کردن، لباس پوشیدن، راه رفتن در مسافت کوتاه، و استراحت در صورت نیاز را انجام دهد. و از خستگی و افزایش تنگی نفس اجتناب کرده و مایعات برای مصرف در دسترس داشته باشد.
- به بیمار در مورد آناتومی و فیزیولوژیکی ریه‌ها، پاتوفیزیولوژی و تغییرات ایجاد شده در COPD، دارو درمانی، و درمان با اکسیژن در منزل، تغذیه، درمان‌های تنفسی، ترک سیگار، امور جنسی، تطابق با بیماری مزمن، ارتباط با تیم مراقبتی و برنامه‌ریزی برای آینده (مراحل پیش‌رفته، آرزوها در زندگی، تصمیم‌گیری در مورد جایگزینی مراقبت‌های سلامتی)، آموزش دهید.
- نیازهای تغذیه‌ای و کالریک بیمار را بررسی کرده و با بیمار در مورد برنامه‌ریزی وعده‌های غذایی و دریافت مواد غذایی مختلف مشورت کنید.
- در صورت تجویز، به بیمار بیاموزید که اکسیژن تجویز شده باید با سرعتی

مناسب و کنترل شده جریان داشته باشد و تعداد ساعاتی که نیاز به اکسیژن دارد محدود است چرا که باعث تغییر در سرعت جریان اکسیژن یا تغییر در مدت زمان استفاده از اکسیژن می‌شود. به بیمار اطمینان دهید که اکسیژن «اعتیادآور» نمی‌باشد و برای او توضیح دهید که نیاز به اکسیژن و تجویز اکسیژن به‌طور معمول به‌وسیله پالس‌اکسیمتری و تجزیه گازهای خون شریانی امکان‌پذیر است (ABG).

- به بیمار بفهمانید که سیگار کشیدن نزدیک منبع اکسیژن بسیار خطرناک است.
- به بیمار نحوه استفاده از برونکودیلاتورها و داروهای استنشاقی را بیاموزید.
- شیوه‌های تطابق را بیاموزید (فعالیت به‌منظور تحمل علائم و نشانه‌ها، چگونگی کنترل نشانه‌ها به‌منظور افزایش اعتماد به نفس، احساس مفیدبودن، و خوب بودن ؛ و استفاده از گروه‌های حمایتی).
- سرویس‌های مخصوص و لازم را برای بیمار فراهم نمایید (مثل آموزش درمان تنفسی، درمان جسمی به‌منظور انجام تمرین‌های تنفسی و سعی تنفسی مطلوب، کار درمانی برای ذخیره انرژی در طی انجام فعالیت‌ها در زندگی روزمره).
- بیمار و خانواده را با منابعی چون انجمن آمریکایی ریه، انجمن بازتوانی قلبی عروقی و ریوی و انجمن درمان تنفسی آشنا نمایید.

پایش و اداره‌ی عوارض

- بیمار را از نظر بروز عوارض بررسی کنید (نارسایی تنفسی یا تنفس ناکافی، عفونت تنفسی و آتلکتازی). نحوه استفاده از داروهای برونکودیلاتور را برای پیش‌گیری از عوارض به بیمار بیاموزید.
- تغییرات احتمالی را کنترل کنید، افزایش دیس‌پنه، تاکی‌پنه، و تاکی‌کاردی مهم هستند.
- کنترل پالس اکسیمتری و تجویز اکسیژن در صورت تجویز مهم است.
- بیمار و خانواده را در مورد علائم و نشانه‌های عفونت یا دیگر عوارض آماده سازید و بر آن‌ها تأکید نمایید که تغییرات احتمالی جسمی را گزارش نمایند.

- برای بیمار توضیح دهید که در صورت بدتر شدن وضعیت بیمار و معطوف شدن حالات به سمت نارسایی حاد تنفسی، اینتوباسیون و تهویه مکانیکی ممکن است ضرورت یابد.

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- بهبود در گازهای خونی و تبادلات گازی را نشان دهد.
- حداکثر پاک بودن راه‌های هوایی را بدست آورد.
- بهبود الگوی تنفسی را داشته باشد.
- حداکثر سطوح مراقبت از خود را به اجرا درآورده و عملکرد جسمی کاملی داشته باشد.
- تحمل فعالیت را بهبود بخشیده، فعالیت‌ها را با حداقل بریدگی و کوتاهی تنفس انجام دهد.
- تطابق مؤثری با مکانیسم‌های موجود نشان دهد و در برنامه‌های بازتوانی ریه مشارکت نماید.
- با برنامه‌های درمانی هم سو گردد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۴، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سیروز، کبدی Cirrhosis, Hepatic

سیروز یک بیماری مزمن است که با جایگزینی فیبروز منتشر به جای بافت طبیعی کبد و در نتیجه به هم خوردن ساختار و عملکرد کبد مشخص می‌شود. کلاً سه نوع سیروز، یا اسکار کبدی وجود دارد: سیروز الکلی، شایع‌ترین نوع سیروز است که بدنبال الکسیم مزمن ایجاد می‌شود، سیروز پس از نکروز، که از عوارض دیررس هپاتیت ویروسی حاد قبلی است و سیروز صفراوی، که در نتیجه انسداد مزمن مجاری صفراوی و عفونت ایجاد می‌شود (نسبت به دو نوع قبلی شیوع کمتری دارد).

تظاهرات بالینی

- *سیروز جبران شده*: معمولاً به صورت ثانویه بعد از معاینات جسمی پیدا شده؛ علائم غیرواضح و خفیف است.
- *سیروز جبران نشده*: نشانه‌های کاهش پروتئین، فاکتورهای انعقادی، و دیگر مواد، و افزایش فشار پورت تظاهر می‌یابند.
- بزرگی کبد در مراحل اولیه رخ می‌دهد (کبد چرب)؛ و در مراحل دیررس در نتیجه بافت اسکار اندازه کبد کاهش می‌یابد.
- انسداد پورت و آسیت: دیس‌پنه مزمن، یبوست یا اسهال، اسپلنومگالی؛ و تلانژکتازی عنکبوتی نیز ممکن است مشاهده شود.
- واریس‌های گوارشی: اتساع عروق خونی شکم، واریس یا هموروئید، هماتمز، خونریزی معده و واریس‌های مری در ۲۵٪ بیماران مشاهده می‌شود.
- ادم، زردی و تب.
- کمبود ویتامین (A ، C و K) و آنمی.
- اختلال در عملکردهای ذهنی به دنبال آنسفالوپاتی کبدی و کومای کبدی رخ می‌دهد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- تست کارکرد کبد (مثل، آلکالین فسفاتاز سرمی، AST (SGOT)، ALT (SGPT)، GGT و بیلی‌روبین)، زمان پروترومبین، ABGs، لاپاروسکوپی، به همراه بیوپسی کمک‌کننده است.
- اسکن اولتراسوند، انجام می‌شود.
- اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT) ضروری است.
- تصویرسازی رزونانس مغناطیسی (MRI) مفید است.
- اسکن‌های رادیوایزوتوپ کبدی نیز انجام می‌شود.

درمان طبی

درمان طبی بر پایه ظهور نشانه‌ها انجام می‌شود.

- درمان شامل آنتی‌اسید، ویتامین‌ها، رژیم متعادل، و رساندن کافی مواد

غذایی، دیورتیک‌های نگهدارنده پتاسیم (در موارد وجود آسیت) و اجتناب از مصرف الکل می‌باشد.

C

- کلشی‌سین ممکن است طول زمان بقاء را در بیماران با سیروز متوسط افزایش دهد.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به سیروز کبدی

بررسی

- تمرکز روی دریافت غذا، وضعیت تغذیه، شروع نشانه‌ها، سابقه مواجهه با فاکتورهای مستعدکننده، شامل سوء مصرف طولانی مدت از الکل، مواجهه با ترکیبات سمی، و داروهای مختلف می‌باشد.
- بررسی وضعیت ذهنی در طی مصاحبه و ارتباط با بیمار صورت می‌گیرد. توجه به آگاهی به زمان، مکان و اشخاص ضروری است.
- توجه به ارتباط با خانواده، و دوستان به‌منظور یافتن نشانه‌هایی از سوء مصرف الکل و ایجاد سیروز مفید است.
- اتساع شکم و نفخ، خونریزی‌های دستگاه گوارشی و تغییرات وزن را مورد توجه قرار دهید.
- مواجهه با ترکیبات سمی، مثل داروهای هپاتوتوکسیک را به دقت ثبت نمایید.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- عدم تحمل فعالیت در ارتباط با خستگی، ضعف عضلانی، و ناراحتی.
- تغذیه نامتعادل کمتر از نیازهای بدنی در ارتباط با التهاب مزمن معده، کاهش حرکات گوارشی، و بی‌اشتهایی.
- اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با تغییر در ایمنی بدن، ادم، تغذیه ضعیف.
- خطر بروز صدمات در ارتباط با اختلال در مکانیسم‌های انعقادی.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- خونریزی.
- انسفالوپاتی کبدی.

- افزایش حجم مایعات.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف ممکن است شامل استقلال در فعالیت‌ها، بهبود وضعیت تغذیه‌ای، بهبود در تمامیت پوستی، کاهش احتمال صدمه، بهبود وضعیت ذهنی، و فقدان عوارض باشد.

مداخلات پرستاری

تأمین استراحت

- تخت را در وضعیتی قرار دهید که حداکثر تهویه ریوی و کفایت تنفسی برقرار گردد، و در صورت نیاز تأمین اکسیژن.
- شروع روش‌هایی برای پیش‌گیری از آسیب‌های تنفسی، گردش خون و عروق ضروری است.
- بیمار را به افزایش فعالیت و برنامه‌ریزی برای استراحت در بین فعالیت‌ها و انجام فعالیت در حد خفیف تشویق نمایید.

بهبود وضعیت تغذیه

- یک رژیم پر پروتئین به‌علاوه ویتامین B کمپلکس و مواد دیگر برای بیمار آماده کنید، شامل ویتامین K,C,A و فولیک اسید، در صورت عدم وجود مشکل خاص برای بروز کوما می‌باشد.
- وعده‌های غذایی بیمار را به صورت مکرر و در حجم کم برنامه‌ریزی کنید و بیمار را به خوردن تشویق نمایید، در صورت نیاز از مکمل‌های پروتئینی استفاده نمایید.
- تغذیه بیمار را از طریق لوله‌های تغذیه‌ای یا تغذیه کامل وریدی (PN) برقرار نمایید.
- در صورتی که بیمار مدفوع چرب دارد (استئاتوره)، به بیمار شکل‌های محلول در آب ویتامین‌های محلول در چربی (E,D,A) را بدهید. و برای جلوگیری از آنمی به بیمار آهن و اسیدفولیک بدهید.
- یک رژیم کم پروتئین را طراحی نمایید تا بیمار نشانه‌های پیشرفت کوما را نشان ندهد و دریافت پروتئین و ذخیره آن را در حد متوسط حفظ کنید

(1-1/5/kg) البته این حالات به وضعیت بیمار بستگی دارد.

C

بهبود مراقبت از پوست

- مکرراً بیمار را تغییر وضعیت دهید.
- اجتناب از مصرف صابون‌های محرک پوست ضروری است.
- با تأمین لوسیون‌های محافظ پوست تحریکات پوستی را تسکین دهد. بیمار را راهنمایی کنید که پوست را از خراشیدگی‌ها حفظ نمایید.

کاهش خطر صدمات

- در صورتی که بیمار مضطرب یا بی‌قرار است، نرده‌های کنار تخت را با پارچه بپوشانید.
- بیمار را به زمان، مکان آشنا نموده و با او در مورد روش‌های درمانی صحبت کنید تا بی‌قراری او کاهش یابد.
- بیمار را متوجه سازید که هر وقت خواست از تخت پایین بیاید، کمک بخواهد.
- ارزیابی‌های ایمن را به‌منظور پیش‌گیری از صدمه و بریدگی تأمین نمایید (مسواک نرم، ریش تراش برقی).
- فشار کافی را روی مناطق تزریق برای به حداقل رساندن خونریزی وارد سازید.

پایش و اداره‌ی عوارض

- پیش‌گیری از خونریزی در ارتباط با کاهش تولید ترومبین و کنترل انسفالوپاتی کبدی دو نگرانی مهم و در اولویت هستند.
- مشاهده و کنترل مدفوع از نظر وجود خون لازم است.
- از حفاظهای ایمن استفاده کنید (مثل نرده‌های پوشانده شده با پد کنار تخت، وارد کردن فشار به نواحی تزریق برای مدت نسبتاً طولانی و اجتناب از در دسترس بودن ابزار نوک تیز).
- از رژیم تعدیل شده استفاده نموده و ترکیبات نرم‌کننده مدفوع را برای پیش‌گیری از ایجاد کشش و فشار حین دفع به‌کار برید.
- بیمار را از نظر بروز خونریزی‌های گوارشی دقیقاً کنترل نمایید.
- ابزار و وسائل مورد نیاز در کنترل خونریزی ایجاد شده در اثر واریس مری را

در دسترس قرار دهید که عبارتند از: مایعات داخل وریدی، داروها، سوند بلاک مور.
- به‌منظور تعیین سریع حالات خاص در بدو ایجاد، بیمار را دقیقاً مورد بررسی قرار دهید.
- در صورتی که بروز عوارض محتمل است وقایع و درمان‌ها را برای بیمار شرح دهید.

در صورت نیاز برای افزایش اطلاعات می‌توانید به ملاحظات پرستاری مربوط به انسفالوپاتی کبدی مراجعه نمایید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

بیمار را هنگام ترخیص در مورد رژیم متناسب، و قطع مصرف الکل راهنمایی کنید.
- در صورت نیاز بیمار را به موسسات مبارزه با مصرف الکل ارجاع دهید.
- محدودیت مصرف سدیم را ادامه دهید.
- از ابزار و راهنماهای نوشتاری، آموزش، حمایت و تقویت خانواده و بیمار بهره گیرید.
- بیمار را به استراحت و تغییر در شیوه زندگی تشویق نمایید. (یک رژیم متعادل و خوب و کافی و کاهش و قطع مصرف الکل).
- خانواده را در مورد علائم آنسفالوپاتی و خطر عفونت و خونریزی آشنا سازید.
- بیمار را به پرستار مراقبت در منزل ارجاع دهید و در انتقال از بیمارستان به منزل او را یاری نمایید.

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار
- توانایی مشارکت در فعالیت‌ها را نشان دهد.
- افزایش دریافت مواد غذایی را ابراز کند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

یبوست Constipation

C

یبوست به تکرار غیرنرمال الگوی دفع و یا دفع نامتعادل گفته می‌شود، سختی غیرطبیعی مدفوع که باعث سختی انتقال مدفوع شده و انتقال سخت و گاهی دردناک مدفوع را به دنبال دارد، کاهش حجم و مقدار مدفوع یا باقی ماندن طولانی مدت مدفوع در رکتوم نیز معرف یبوست می‌باشد. این نوع، تحت عنوان یبوست کولونی معروف می‌باشد. علل آن شامل موارد زیر است: برخی داروها؛ بیماری‌های رکتال یا آنوس؛ اختلالات بافت‌های همبند، انسداد، اختلالات متابولیک، اختلالات اندوکرینی، مواد سمی و بسیاری از بیماری‌های مختلف. از دیگر عوامل ایجادکننده می‌توان به خستگی، ضعف، بی‌حرکتی، معلولیت، و ناتوانی در افزایش فشار داخل شکمی برای راندن مدفوع اشاره نمود. یبوست هنگامی که افراد فرصت کافی برای دفع ندارند یا در نتیجه عادات غذایی (جذب و دریافت فیبر کم و دریافت ناکافی مایعات)، فقدان حرکات معمول و استرس‌های زیاد در زندگی گسترش می‌یابد. مصرف طولانی‌مدت مسهل‌ها ایجاد این مشکل را خصوصاً در افراد مسن تقویت می‌کند.

تظاهرات بالینی

- اتساع شکمی، قاروقور[1] (رومبلینگ[2]، صداهای روده‌ای)، درد و احساس فشار.
- کاهش اشتها، سردرد، خستگی، سوء هاضمه، احساس ناکافی بودن تخلیه روده‌ها.
- فشار هنگام دفع، دفع حجم کوچک ولی سخت مدفوع، مدفوع خشک.
- عوارضی چون پرفشاری خون، هموروئید و فیشر، توده مدفوع فشرده و مگاکولن محتمل است.

بررسی و روش‌های تشخیص

تشخیص بر پایه تاریخچه، معاینات بالینی، احتمالاً انمای باریم، سیگموئیدوسکوپی، بررسی مدفوع از نظر خون مخفی، مانومتری آنورکتال مسجل می‌شود (مطالعات فشاری)، دفکوگرافی و مطالعات انتقال مدفوع نیز

1- Borborygmus 2- Rumbling

انجام می‌شود.

C

درمان طبی

درمان باید با هدف برطرف کردن علت و بر پایه مشکل زمینه‌ای بروز یبوست باشد.

- قطع سوء استفاده از مسهل‌ها؛ افزایش جذب و دریافت مایعات، وجود فیبر در رژیم غذایی، تلاش برای بیوفیدبک مناسب، انجام نرمش مناسب برای کشش عضلات شکمی.
- درمان‌های دارویی خاص برای افزایش فعالیت‌های حرکتی بیمار (مثل آنتی‌کولینرژیک‌ها یا مهارکننده‌های کولین‌استراز).

تدابیر پرستاری

بررسی

هنگام صحبت رایج درباره عادات دفع بیمار و گرفتن تاریخچه سلامتی از تماس و احترام با بیمار بهره گیرید و تاریخچه سلامت بیمار را حفظ و به نکات زیر توجه کنید:

- در مورد شروع و مدت زمان بروز یبوست سؤال کرده و الگوهای دفع بیمار در زمان گذشته و حال را بررسی کنید. ضمناً الگوی دفعی نرمال از نظر بیمار را جویا شده، دریافت غذا و مایعات، شیوه زندگی، سطوح استرس و شغل بیمار را بررسی نمایید.
- درمان‌های دارویی اخیر بیمار، سابقه مصرف مسهل‌ها یا انما، داروهای گذشته بیمار و سابقه جراحی بیمار را بررسی کرده و اطلاعات را مورد توجه قرار دهید.
- هر یک از موارد زیر را در صورت مشاهده گزارش نمایید: احساس فشار و پری رکتال، درد شکم، ایجاد کشش هنگام دفع و نفخ.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- یبوست کولونیک یا مدفوع متراکم در ارتباط با عادات سلامتی یا تأثیر بی‌حرکتی روی حرکات دودی.
- کمبود آگاهی در مورد اهمیت حفظ سلامتی و انجام ورزش به‌منظور پیش‌گیری از یبوست.

C

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی در بیمار ممکن است شامل یک الگوی طبیعی دفع روده‌ای، دریافت کافی مایعات و غذاهای پرفیبر، آگاهی در مورد روش‌های اجتناب از یبوست، تسکین اضطراب در مورد الگوهای دفع روده، و فقدان عوارض باشد.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود

- در صورت امکان آموزش به بیمار در مورد قرار گرفتن در وضعیت نرمال دفع دهید (نیمه چمباتمه)، و در صورت لزوم (به بیمار در قرارگیری روی صندلی‌های لگن‌دار کمک کنید).
- به بیمار در مورد فیزیولوژی دفع و کلیه مسائل مربوطه توضیح دهید.
- با بیمار در مورد تنوع در الگوهای دفعی گفتگو و بحث نمایید.
- به بیمار در مورد چگونگی تثبیت روتین‌های دفعی آموزش دهید (مثلاً بعد از صبحانه).
- اطلاعات لازم در مورد رژیم غذایی بیمار به وی ارائه دهید: استفاده از مواد زیاد ـ مانده، پرفیبر، به‌علاوه استفاده از سبوس روزانه و افزایش دریافت مایعات (در صورتی‌که ممانعتی نداشته باشد).
- برای بیمار در مورد منافع انجام رژیم‌های ورزشی توضیح داده که باعث افزایش تن عضلات شکم و حرکت بهتر می‌شود.
- ورزش‌های افزایش تن عضلات شکمی را برای بیمار شرح دهید. عضلات شکمی را چهار بار در روز منقبض نمایید و پاها را روی سینه بیاورید که باید این عمل را ۱۰ تا ۲۰ بار در روز تکرار نمایید.
- بیمار بستری در تخت را به انجام حرکات در دامنه حرکتی مفاصل تشویق کرده و به او بگویید که مدام از یک طرف به طرف دیگر بچرخد، و روی شکم دراز بکشد (البته در صورتی که ممانعتی ندارد) که این کار را به مدت ۳۰ دقیقه و ۴ بار در روز انجام دهد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

درماتیت تماسی Contact Dermatitis

درماتیت تماسی نوعی واکنش التهابی پوست نسبت به ترکیبات فیزیکی، شیمیایی یا بیولوژیکی است. این مسأله ممکن است از نوع تحریک اولیه و یا از نوع آلرژیک باشد. بدنبال تکرار تحریکات شیمیایی یا فیزیکی ممکن است اپیدرم آسیب ببیند. رایج‌ترین علت‌های درماتیت تحریکی عبارتند از: انواع صابون‌ها، مواد شیمیایی صنعتی، مواد پاک‌کننده، سائیده شدن پوست، عوامل مستعدکننده‌ای چون گرما و سرمای شدید، استفاده مکرر از صابون و آب، و برخی بیماری‌های زمینه‌ای پوست.

تظاهرات بالینی

- در زمانی که ترکیبات محرک با پوست برخورد کنند شروع می‌شود.
- خارش، سوزش، قرمزی و به دنبال آن ایجاد ادم و پاپول و وزیکول‌ها و عرق کردن پوست را می‌توان جزء اولین تظاهرات به حساب آورد.
- در فاز تحت حاد، تغییرات وزیکولی به‌وسیله دلمه، خشکی، شقاق و کنده شدن پوست جایگزین می‌شود.
- در صورتی که تحریک به‌صورت مکرر روی دهد، یا فرد پوست را مکرراً خراش دهد، حالت سفت و ضخیم شدن پوست و پیگمانتاسیون روی می‌دهد و ممکن است تهاجم ثانویه باکتریایی نیز بدنبال این مسائل بروز کند.

درمان طبی

- استراحت پوست درگیر و محافظت از آن در برابر هرگونه آسیب دیدگی و تخریب.
- تعیین الگوی تخریب در واکنش‌های پوستی به‌منظور تعیین تفاوت‌های نوع درماتیت آلرژی و درماتیت تحریکی.
- تعیین و برطرف نمودن محرکات ایجادکننده مشکل و کلاً تا زمانی که پوست آسیب دیده بهبود نیافته، نباید از هیچ صابونی روی موضع آسیب دیده استفاده کرد.
- در مورد نواحی کوچک می‌توانید از لوسیونهای ملایم و مطبوع استفاده کرده و بهتر است در مورد وزیکول‌های درماتیتی نه چندان بزرگ از پانسمان‌های مرطوب و خنک استفاده کرد. ضمناً ممکن است از پمادهای

کورتیکواستروئیدی استفاده شود.

- حمام با مواد دارویی در دمای اتاق برای درماتیت‌هایی که نواحی بسیاری را درگیر کرده استفاده می‌شود.
- در مواردی که ضایعات به عمق گسترش یافته، یک دوره کوتاه مدت از استروئیدهای سیستمیک ممکن است تجویز گردد.

تدابیر پرستاری

بیمار را راهنمایی کنید که مداخلات زیر را حداقل ۴ ماه دنبال کرده، تا زمانی که پوست کاملاً التیام یابد:

- در مورد اینکه چه عاملی باعث بروز این مشکل شده فکر کنید.
- از تماس با مواد محرک اجتناب نمایید یا اگر در مواجهه با موادی خاص قرار گرفتید فوراً پوست را بشویید.
- از گرما، صابون‌ها و مالش پوست اجتناب کنید.
- از مصرف لوسیون‌ها و داروهای موضعی بدون تجویز توسط پزشک اجتناب کنید.
- از پوشش‌های با آستر نخی (دستکش) برای شستن ظروف استفاده کرده اما نباید بیش از ۱۵ تا ۲۰ دقیقه به طول بینجامد.
- طبق تجویز از پانسمان مرطوب و خنک برای پاک کردن ضایعات بعد از مصرف پمادهای کورتیکواستروئید استفاده کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۶، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Coronary Atherosclerosis and coronary Artery Disease

آترواسکلروز شریان‌های کرونر و بیماری‌های عروق کرونر

آترواسکلروز عروق کرونر به‌وسیله جایگزینی لیپیدها یا ترکیبات چربی (ذرات) در دیواره عروق و تشکیل بافت فیبروزه در محل ایجاد می‌گردد. این ذرات باعث بلوک یا نازک شدن مسیر جریان خون شده و باعث کاهش جریان

خون‌رسانی به میوکارد و در نهایت بیماری‌های عروق کرونر قلب (CHD) می‌گردد. مطالعات اخیر نشان داده که آترواسکلروز ممکن است در نتیجه تکرار واکنش‌های التهابی نسبت به صدمات دیواره شریان‌ها و ایجاد تغییرات بیوشیمیایی یا بیوفیزیکال در دیواره شریان‌ها ایجاد شود. آترواسکلروز یک بیماری پیش‌رونده است که قابل کنترل و درمان و در بعضی موارد برعکس حالت فوق است.

C

عوامل خطر

تعدیل‌پذیر

- کشیدن سیگار.
- افزایش فشارخون.
- کلسترول بالای خون (هایپرلیپیدمی).
- هایپرگلایسمی (دیابت ملیتوس).
- چاقی مفرط.
- عدم فعالیت جسمی.
- استفاده از ترکیبات ضدبارداری خوراکی.
- عفونت (مثل التهاب لثه[1]): احتمالاً وجود دارد.
- الگوهای رفتاری (استرس، خشونت، دشمنی)
- جغرافیا: در مناطق صنعتی میزان بروز بالاست.

تعدیل‌ناپذیر

- *سابقه مثبت خانوادگی* (اعضای درجه یک خانواده دچار آترواسکلروز در سنین ۵۵ یا کمتر در مردان و ۶۵ یا کمتر در زنان باشند).
- سن (بالای ۴۵ سال در مردان، و بیشتر از ۵۵ سال در زنان) و همچنین افزایش سن.
- جنس: میزان ابتلا در مردان نسبت به بروز آن در زنان ۳ برابر بیشتر است.
- نژاد: میزان بروز در آمریکایی‌های آفریقایی تبار بیشتر از قفقازی‌ها می‌باشد.

1- Gingivitis

C

تظاهرات بالینی

تظاهرات بالینی در اثر تنگی مسیر عبور خون یا تنگی لومن شریان و انسداد جریان خون به میوکارد ایجاد می‌شود. نشانه‌ها عبارتند از:

- درد قفسه سینه: آنژین پکتوریس (ممکن است در صورتی که بیمار سالمند، دیابتیک یا دچار نارسایی قلبی باشد این درد مورد توجه نباشد).
- نشانه‌های آتیپیکال ایسکمی میوکارد (کوتاهی تنفس، تهوع و خستگی غیرمعمول).
- انفارکتوس میوکارد.
- تغییرات ECG، آنوریسم‌های بطنی.
- دیس ریتمی‌ها، مرگ ناگهانی.

بررسی و روش‌های تشخیص

تعیین عوامل خطر CHD در مرحله اول شامل گرفتن سابقه خانوادگی، معاینات جسمی (با توجه به فشار خون و نبض)، و کارهای آزمایشگاهی (مثل سطوح کلسترول [نسبت LDL به HDL]) و گلوکز خون) می‌باشد.

پیش‌گیری

هدف اصلی درمان پیش‌گیری از CHD است. پیش‌گیری اولیه (که قبل از توسعه CHD صورت می‌گیرد) و پیش‌گیری ثانویه با هدف کاهش عوامل خطرساز خصوصاً آنومالی‌های کلسترول، کشیدن سیگار، هایپرتانسیون و دیابت ملیتوس می‌باشد. (ATP III یکی از استانداردهای درمانی برای کنترل کلسترول می‌باشد).

ملاحظات سالمندی

سالمندی خود باعث ایجاد تغییراتی در انعطاف‌پذیری لایه داخلی دیواره شریان‌ها می‌گردد (آترواسکلروز)، که بر جریان خون و تغذیه بافتی تأثیر می‌گذارد. این تغییرات اغلب برای کاهش اکسیژناسیون و افزایش نیاز اکسیژن میوکارد (MVO_2) کافی هستند. در نتیجه می‌تواند باعث ایجاد آنژین صدری و در نهایت نارسایی قلب گردد.

درمان طبی

برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش درمان طبی در قسمت آنژین و انفارکتوس میوکارد مراجعه فرمایید.

C

تدابیر پرستاری

برای افزایش میزان اطلاعات می‌توانید به مداخلات پرستاری مربوط به آنژین و آنفارکتوس میوکارد مراجعه کنید.

- بیماران در معرض خطر را مشخص کرده، و روش‌های تعدیل شیوه زندگی را به‌منظور پیش‌گیری از توسعه بیماری‌های عروق کرونر قلب به آن‌ها آموزش دهید.
- برای کنترل سطح کلسترول خون به بیمار آموزش دهید تا رژیمی با کاهش دریافت کلسترول طراحی نماید، و ورزش کند، و سیگار را کنار بگذارد، و در صورت نیاز دارو مصرف کند.
- به گزارش یافته‌های مربوط به سابقه خانوادگی، معاینات جسمی، و نتایج آزمایشگاهی که نشان‌دهنده هایپرتانسیون، یا گلوکز بالای خون است مبادرت ورزیده و توجه کنید. ضمناً در مورد کنترل فشار خون و قند خون با دنبال کردن صحیح رژیم‌درمانی به بیمار آموزش دهید.
- بیمار را به یادگیری تغییر در رفتارها و واکنش صحیح به استرس و وقایع تنش‌زا تشویق نمایید؛ شیوه‌های شل کردن عضلات و ساختار مناسب را به بیمار آموزش دهید.
- در صورت پیش‌رفت علائم و نشانه‌های CHD یا بروز عوارض، بیمار و خانواده را برای تطبیق با این مسأله آماده کرده و ضرورت انجام تست‌های تشخیصی یا روش‌های درمانی را برای وی توجیه کنید (مثل مصرف نیتروگلیسیرین، درمان ترومبولیتیک، آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی از راه پوست (PTCA)، استنت‌گذاری در شریان‌های کرونر، آترکتومی، بازسازی عروق درون میوکارد، یا بای‌پس شریان‌های کرونر).

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سندرم کوشینگ Cushing's Syndrome

C

سندرم کوشینگ در نتیجه فعالیت بیش از حد غده آدرنال (فعالیت آدرنوکورتیکال) ایجاد می‌شود. ممکن است در نتیجه تجویز بیش از حد کورتیکواستروییدها یا هورمون آدرنوکورتیکوتروپیک (ACTH) یا به دلیل هایپرپلازی قشر آدرنال ایجاد گردد. این مسأله به دنبال مکانیسم‌های متعددی ایجاد می‌گردد، که شامل تومور غده هیپوفیز در اثر فعالیت اکتوپیک برخی بدخیمی‌های منجر به افزایش تولید ACTH است. گذشته از علت ایجادکننده، مطمئناً مکانیسم‌های کنترل‌کننده فیدبک نرمال بدن که عملکرد قشر آدرنال را در کنترل دارد غیرفعال می‌گردد. در نتیجه ترشح بیش از حد گلوکوکورتیکوئیدها، آندروژن‌ها، و احتمالاً مینرالوکورتیکوئیدها اتفاق می‌افتد. سندرم کوشینگ در زنان ۴۰-۲۰ ساله حدود ۵ برابر بیشتر از مردان بروز می‌نماید.

تظاهرات بالینی

- توقف رشد، افزایش وزن و چاقی مفرط، تغییرات عضلانی اسکلتی، و عدم تحمل به گلوکز اتفاق می‌افتد.
- تظاهرات کلاسیک عبارتند از: چاقی از نوع مرکزی به همراه تجمع چربی «کوهان بوفالویی[1]» در ناحیه گردن و نواحی سوپراکلاویکولار، تنه حجیم و البته اندام‌ها لاغر می‌باشند، پوست نازک شده و به آسانی تحت ضربات صدمه می‌بیند و آکیموز و رگه‌های پوستی[2] نیز شایع است.
- ضعف و بی‌حالی، اختلال در خواب به علت ترشح کورتیزول بیش از حد و خاصیت دیورتیکی آن بروز می‌کند.
- افزایش کاتابولیسم پروتئین به همراه تحلیل و ضعف عضلانی و استئوپروز شایع است؛ کیفوز، کمردرد و شکستگی‌های فشاری در ناحیه مهره‌های ستون فقرات محتمل است.
- احتباس سدیم و آب، باعث بروز هایپرتانسیون و در نهایت نارسایی قلبی می‌شود.
- این افراد صورتی شبیه ماه دارند و پوست آن‌ها چرب و دارای آکنه می‌باشد.

1- Buffalo hump 2- Striae

- در این افراد استعداد ابتلا به عفونت افزایش می‌یابد و خراش‌ها و بریدگی‌های کوچک به آهستگی التیام می‌یابد.
- هایپرگلایسمی و دیابت شایع است.
- در زنان نازایی متحمل است (به علت افزایش ترشح آندروژن‌ها) و ضمناً تظاهرات مردانه در این زنان بروز می‌کند (مثل افزایش موهای سر و صورت، آتروفی پستان‌ها، بزرگی کلیتوریس، و بم شدن صدا)، اختلال جنسی هم در زنان و هم در مردان رخ می‌دهد.
- تغییرات خلقی و فعالیت ذهنی بروز کرده و ممکن است سایکوز توسعه یابد و نیز افسردگی در این‌ها شایع می‌باشد.
- در صورتی که سندرم کوشینگ به علت تومور هیپوفیز ایجاد شده باشد، احتمالاً اختلال در بینایی به علت فشار روی کیاسمای بینایی ایجاد می‌شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- تست سرکوب دگزامتازون شبانه به‌منظور اندازه‌گیری سطح کورتیزول پلاسما (استرس، چاقی، افسردگی، و برخی داروها ممکن است نتایج را به غلط بالا ببرد).
- اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT) و یا تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) یا اولتراسوند ممکن است تومور آدرنال یا بافت آدرنال را به صورت موضعی نشان دهد.

درمان طبی

درمان معمولاً مستقیماً روی غده هیپوفیز انجام می‌گیرد چرا که بیشتر موارد به‌علت تومورهای هیپوفیز ایجاد می‌شود تا در اثر تومور در قشر آدرنال.

- برداشتن تومور از طریق جراحی (هیپوفیزکتومی ترانس اسفنوئیدال) درمان انتخابی است (۹۰٪ موفقیت‌آمیز است).
- پرتودرمانی غده هیپوفیز موفقیت‌آمیز است اما ماه‌ها وقت می‌برد تا نشانه‌ها کنترل شود.
- در بیماران دچار هایپرتروفی اولیه آدرنال، آدرنالکتومی انجام می‌شود.
- بعد از عمل، درمان جایگزین با هیدروکورتیزون ممکن است تا زمانی که

غدد آدرنال شروع به واکنش نرمال نماید ضروری باشد (ممکن است ماهها طول بکشد).

C

- در صورتی که آدرنالکتومی دو طرفه انجام شده باشد، لازم است بیمار در تمام دوران زندگی از هورمون‌های جایگزین قشر آدرنال استفاده نماید.
- آنزیم‌های مهارکننده آدرنال (مثل متی‌راپون یا میتوتان) در صورتی قابل استفاده هستند که تومورهای اکتوپیک مترشحه ACTH قابل خارج کردن نمی‌باشند. کنترل دقیق عملکرد کافی آدرنال و عوارض جانبی ضروری است.
- در صورتی که سندرم کوشینگ در نتیجه کورتیکواستروئیدهای اگزوژن ایجاد شده باشد، باید دوز داروها را به حداقل رسانده یا از درمان جایگزین روزانه برای درمان بیماری زمینه‌ای استفاده کرد.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به سندرم کوشینگ

بررسی

- اثرات هورمون‌های قشر آدرنال را به دقت روی بدن بررسی نمایید.
- به بررسی سطح عملکرد در فعالیت فرد پرداخته و توانایی او را در انجام مراقبت از خود و کارهای معمول بسنجید.
- پوست بیمار را از نظر صدمات، عفونت ،اختلال در تمامیت و خراشیدگی و ادم تحت نظر قرار دهید.
- به تغییرات ظاهری و واکنش‌های بیمار نسبت به این تغییرات توجه نمایید. خانواده یک منبع اطلاعاتی مناسب در مورد وضعیت عاطفی بیمار است.
- عملکرد ذهنی بیمار را بررسی کنید، که شامل خلق، واکنش و پاسخگویی نسبت به سؤالات، افسردگی، و آگاهی نسبت به محیط می‌باشد.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با ادم، اختلال در التیام، و پوست نازک.
- خطر بروز صدمات در ارتباط با ضعف.
- خطر بروز عفونت در ارتباط با اختلال در متابولیسم پروتئین و واکنش‌های التهابی.
- آسیب به تصویر ذهنی در ارتباط با تغییرات ظاهری و اختلال در عملکرد

جنسی و کاهش سطح فعالیت.
- کاهش مراقبت از خود در ارتباط با ضعف، خستگی، ضعف عضلانی، تغییرات در الگوی خواب.
- آسیب و اختلال فرآیندهای تفکر در ارتباط با مشکلات خلقی، تحریک‌پذیری و افسردگی.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی
- بحران آدیسون
- عوارض جانبی فعالیت آدرنوکورتیکال

برنامه‌ریزی و اهداف
اهداف اصلی شامل کاهش خطر بروز عفونت، کاهش خطر صدمات، افزایش توانایی انجام فعالیت‌های مراقبت از خود، بهبود تمامیت پوستی، بهبود تصویر ذهنی، ارتقای عملکرد ذهنی، و فقدان عوارض می‌باشد.

مداخلات پرستاری
کاهش خطر صدمات
- یک محیط ایمن و محافظ برای بیمار تدارک ببینید تا از سقوط، بروز شکستگی و دیگر صدمات وارده به استخوان و بافت نرم جلوگیری کنید.
- به بیماری‌که دچار ضعف است در خروج از تخت کمک کنید تا از سقوط یا بروز شکستگی جلوگیری نمایید.
- غذاهایی با ذخیره بالای پروتئین، کلسیم، و ویتامین D را برای بیمار پیشنهاد کنید تا ضعف عضلانی و استئوپروز را کنترل کنید. برای کمک می‌توانید از متخصص تغذیه استفاده کنید.

کاهش خطر عفونت
- اجتناب از مواجهه غیرضروری با افراد مبتلا به عفونت‌های مختلف.
- بررسی مکرر علائم عفونت (چون کورتیکواستروئیدها علائم عفونت و التهاب را می‌پوشاند).

C

ارتقای مراقبت از پوست

- به‌منظور اجتناب از وارد شدن ضربه به پوست شکننده و حساس از مراقبت‌های دقیق پوستی بهره گیرد.
- اجتناب از استفاده از چسب‌هایی که می‌توانند پوست را تحریک نمایند ضروری است.
- پوست را در مناطق استخوانی مکرراً بررسی نمایید.
- بیمار را به انجام تغییر وضعیت مکرر تشویق نموده و در صورت نیاز به وی کمک نمایید.

بهبود تصویر ذهنی بیمار

- با بیمار پیرامون تغییراتی که ممکن است در مفهوم خود بیمار ایجاد شود بحث و گفتگو نمایید و بر ارتباط داشتن بیمار تأکید نمایید. تغییرات جسمی اصلی ممکن است در زمانی که علت ایجادکننده سندرم کوشینگ درمان شود، کاملاً ناپدید شوند.
- افزایش وزن و ادم ممکن است بدنبال رژیم کم کربوهیدرات، رژیم کم سدیم و دریافت مقادیر زیاد پروتئین برطرف شده و برخی علائم و نشانه‌ها کاهش یابد.

بهبود فرآیند تفکر بیمار

- برای بیمار و خانواده او در مورد علت‌های عدم ثبات عاطفی توضیح دهید و به آن‌ها در تطابق با مشکلات خلقی، تحریک‌پذیری، و افسردگی کمک کنید.
- هرگونه رفتار سایکوتیک بیمار را گزارش کنید.
- بیمار و اعضای خانواده را برای بیان احساسات تشویق نمایید.

تشویق بیمار به فعالیت و استراحت

- بیمار را به داشتن سطوح متوسط فعالیت تشویق نمایید تا از عوارض بی‌حرکتی جلوگیری کرده و به ارتقای اعتماد به نفس بیمار کمک کرده باشید.
- برای بیمار دوره‌هایی از فعالیت در طول روز را طراحی نموده و به بهبود

انجام روش‌های تن‌آرامی مبادرت ورزیده و محیطی مناسب برای خواب و استراحت بیمار فراهم نمایید.

C

آماده ساختن بیمار برای جراحی

کنترل سطح گلوکز خون و بررسی مدفوع از نظر خون مخفی ضروری است. زیرا که زخم معده و دیابت جزو مشکلات رایج می‌باشند (برای اطلاعات بیشتر به مراقبت‌های قبل و بعد از عمل مراجعه نمایید).

پایش و اداره‌ی عوارض

- کمبود عملکرد آدرنال و بحران آدیسون: کنترل افت فشار خون، نبض تند و سریع؛ تنفس سریع، پریدگی رنگ و ضعف شدید را بررسی نمایید، به عواملی که ممکن است به بحران منجر شوند توجه نمایید (مثلاً استرس، تروما، و جراحی).
- مایعات داخل وریدی را به همراه الکترولیت‌های لازم تجویز نموده و قبل و بعد و حین جراحی یا درمان از کورتیکواستروئیدها استفاده نمایید.
- در صورت بروز بحران آدیسون، به کلاپس جریان خون و شوک توجه نمایید و نشانه‌ها را فوراً درمان کنید.
- وضعیت آب و الکترولیت‌های بیمار را بررسی کرده و این کار را با ارزیابی‌های آزمایشگاهی و تعیین وزن روزانه پی‌گیری نمایید.
- کنترل سطح گلوکز خون و گزارش هرگونه افزایش قند خون به پزشک ضروری است.

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- اطلاعاتی در مورد سندرم کوشینگ را به صورت کتبی یا شفاهی به بیمار و خانواده ارائه نمایید.
- در صورت نیاز، به بیمار و خانواده او در مورد توقف مصرف کورتیکواستروئیدها بدون نظارت که به سرکوب و عدم کفایت کارکرد آدرنال و ظهور دوباره عوارض و نشانه‌ها منجر می‌شود تأکید نموده و آن‌ها را روشن نمایید.

C

- بیمار را با وجود نیاز به مصرف کافی کورتیکواستروئیدها آشنا سازید تا از مصرف بیش از حد داروها اجتناب کند چون باعث بروز بحران آدیسون می‌گردد.
- برای اطمینان یافتن از دریافت کافی کلسیم بدون افزایش خطر بروز هایپرتانسیون، هایپرگلایسمی، و افزایش وزن بیمار را به تعدیل رژیم غذایی تشویق نمایید.
- به بیمار و خانواده او در کنترل فشار خون و سطوح گلوکز خون و وزن آموزش دهید.
- بر همراه داشتن دستبند حاوی اطلاعات و شناسنامه طبی بیمار تأکید نموده، و دیگر ارائه دهندگان خدمات طبی را، از مشکل سندرم کوشینگ بیمار مطلع سازید.
- در صورت نیاز به‌منظور اطمینان یافتن از وجود محیط ایمن که دارای حداقل استرس و فشار و خطر سقوط و دیگر اثرات جانبی باشد، بیمار را به مراقبت‌های پرستاری در منزل ارجاع دهید.
- بر اهمیت پی‌گیری‌های طبی معمول تأکید نمایید. و از آگاهی بیمار در مورد آگاهی از عوارض جانبی و اثرات سمی داروها مطمئن شوید.

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- بیمار خطر کمی برای صدمه دیدن دارد.
- بیمار در خطر بالای ابتلا به عفونت قرار ندارد.
- بیمار افزایش مشارکت در فعالیت‌های مراقبت از خود را نشان می‌دهد.
- تمامیت پوستی را بدست آورده و آن را حفظ می‌نماید.
- بهبود در تصویر ذهنی را حفظ کرده است.
- بهبود عملکرد ذهنی را نشان می‌دهد.
- هیچ عارضه‌ای را تجربه نکرده است.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Cystitis (Lower Urinary Tract infection)

سیستیت (عفونت دستگاه ادراری تحتانی)

سیستیت به نوعی التهاب مثانه اطلاق می‌شود. شایع‌ترین راه عفونت ترانس اورترال است، که اغلب به علت آلودگی با مواد دفعی، رفلاکس یورتروزیکال یا استفاده از سوند یا سیستوسکوپ ایجاد می‌شود. ضمناً ممکن است که باکتری‌ها از طریق خون به دستگاه ادراری وارد شوند (انتشار هماتوژنوس) که ممکن است از موضع عفونتی دور یا مستقیماً از طریق یک فیستول احشاء داخلی انتشار یابند. اشریشیا کولی تقریباً ۴۵٪ عفونت‌های دستگاه ادراری (UTIs) را تشکیل می‌دهد. سیستیت اغلب در خانم‌ها، خصوصاً افرادی که از نظر فعالیت‌های جنسی فعال هستند رخ می‌دهد. سیستیت در مردان ثانویه به دیگر علل است (مثل، پروستات عفونی، التهاب اپیدیدیم، یا سنگ‌های مثانه).

تظاهرات بالینی

- احساس فوریت، سوزش و درد هنگام تخلیه ادرار.
- ناکچوری، بی‌اختیاری، و درد لگنی، ناحیه پشت و سوپراپوبیک.
- وجود چرک در ادرار، یا خون و باکتری در ادرار.
- در UTI پیچیده (مثل بیماران با سوندهای دائمی) نشانه‌ها ممکن است شامل باکتری اوری بدون علامت تا عفونت‌های باکتری گرم منفی همراه شوک عفونی متفاوت باشد.

روش‌های بررسی تشخیص

- تجزیه ادرار، تست افزایش لوکوسیت‌ها و نیتریت (تست تولید نیترات).
- کشت ادرار، شمارش کلونی، مطالعات سلولی
- بررسی از نظر بیماری‌های منتقله از راه جنسی (STDs)
- اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT) و اولتراسونوگرافی ترانس رکتال.

ملاحظات سالمندی

افراد سالمند اغلب علائم و نشانه‌های UTI یا سپسیس را نشان نمی‌دهند.

نشانه‌های غیراختصاصی مثل تغییرات حسی، لتارژی، آنورکسی، بی‌اختیاری جدید، هایپرونتیلاسیون، و تب با درجه پایین ممکن است تنها علائم سیستیت در این افراد باشد.

C

درمان طبی

● دارو درمانی و آموزش به بیمار کلید درمان می‌باشند. UTI ممکن است در حدود ۱۰-۷ روز نیازمند دارو درمانی باشد و یا ممکن است یک دوره کوتاه (۴-۳ روزه) کافی باشد. آنتی‌بیوتیک‌ها برای کاهش نشانه‌های باکتری اوری در بیماران سالمند به‌کار می‌رود.

درمان دارویی

● درمان مناسب شامل استفاده از ترکیب آنتی‌باکتریال است که باعث دور شدن باکتریها از دستگاه ادراری شده و حداقل اثرات جانبی را روی فلور طبیعی واژن و دفع نرمال می‌گذارد.

● درمان دارویی می‌تواند شامل سولفی سوکسازول (گان تریسین) باشد؛ ضمناً کوتریموکسازول (تریمتوپریم - سولفامتوکسازول [باکتریم، سپترا]) داروی انتخابی است یا نیتروفورانتوئین (ماکرودانتین) هم مؤثر است. لووفلوکساسین (لواکوئین) ممکن است برای دوره درمانی کوتاه استفاده شود.

● البته آمپی‌سیلین یا آموکسی‌سیلین (اما اشرشیاکلی به این ترکیبات مقاوم است) نیز ممکن است استفاده شود.

درمان سیستیت عودکننده

● در حدود ۲۰٪ از زنان درمان شده دوباره یک UTIs عودکننده را تجربه می‌نمایند.

● تکرار عفونت‌ها در یک دوران خاص دلیل بازگشت بیمار به سوی اورولوژیست است تا ناهنجاری‌ها را اصلاح نماید.

● عود مجدد در مردان در پی مقاومت برخی ارگانیسم‌ها ایجاد می‌گردد. البته به شیوه درمان و ارزیابی‌ها هم بستگی دارد. اما در زنان تقویت باکتری‌ها با وجود ارگانیسم‌های جدید بسیار رایج‌تر از مقاوم شدن باکتریهای اولیه است.

● در صورتی که روش‌های تشخیص باعث ایجاد آنومالی‌هایی در دستگاه

ادراری نشود بیمار ممکن است خود به خود شروع به بهبود نماید. زمانی که نشانه‌ها ظاهر می‌شود بررسی ادرار به‌وسیله میله بازدید[1] انجام می‌شود و تنها برای محدود نمودن نشانه‌ها به مراقبین بهداشتی مراجعه می‌نماید. در صورت عود تب یا در صورتی که تعداد طول دوره درمان بیش از ۴ بار در طی ۶ ماه باشد نیز پی‌گیری ضروری به نظر می‌رسد.

- استفاده طولانی مدت از ترکیبات ضد میکروبی باعث کاهش عفونت‌های عودکننده می‌شود.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به سیستیت

بررسی

- یک تاریخچه دقیق از علائم ادراری تهیه نمایید.
- هرگونه درد و تکرر را بررسی و علائمی چون احساس فوریت در دفع، و تغییر در ادرار را نیز در نظر داشته باشید.
- الگوی تخلیه ادرار را تعیین نمایید تا از کلیه عواملی که ممکن است بیمار را مستعد بروز عفونت نماید اجتناب ورزید.
- تخلیه کامل مثانه را بررسی نموده و رابطه علائم ادراری را با دخول جنسی، فعالیت‌های جلوگیری از بارداری و بهداشت شخصی مشخص نمایید.
- ادرار را از نظر حجم، رنگ، کدورت، و بو بررسی نمایید.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- درد در ارتباط با التهاب و عفونت حالب، مثانه و دیگر ساختارهای دستگاه ادراری.
- کمبود آگاهی در ارتباط با عوامل مستعدکننده به عفونت و عود مجدد، حفاظت و پیش‌گیری از عود مجدد و درمان دارویی.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- نارسایی کلیه در ارتباط با تخریب شدید کلیه.

1- Dipstick

- سپسیس

C

برنامه‌ریزی و اهداف

ممکن است اهداف در بیماران شامل تسکین درد و ناراحتی، افزایش آگاهی در مورد ارزیابی‌های پیش‌گیری‌کننده و روش‌های درمانی و فقدان بروز عوارض باشد.

مداخلات پرستاری

تسکین درد

- از داروهای آنتی‌اسپاسمودیک به‌منظور تسکین تحریک‌پذیری و درد استفاده کنید.
- درد و اسپاسم را با استفاده از آسپرین و گرما روی ناحیه پرینه (حمام گرم) تسکین دهید.
- بیمار را به نوشیدن مقادیر فراوان مایعات (آب بهترین است) تشویق نمایید؛ هیدراتاسیون کافی را در بیماران در خطر دهیدراتاسیون برقرار کنید (که این بیماران عبارتند از: افراد جراحی شده و افرادی که تحت پروسیجرهای تشخیص قرار گرفته‌اند).
- بیماران را در مورد اجتناب از محرک‌های دستگاه ادراری (مثل قهوه، سیتروس[1]، فلفل، الکل) راهنمایی کنید.
- بیمار را به انجام مکرر تخلیه تشویق نمایید (هر ۳-۲ ساعت یکبار).

پایش و اداره‌ی عوارض

- به بیمار در مورد شناخت علائم و نشانه‌های زودرس UTIs آموزش دهید. درمان را فوری شروع نمایید.
- UTIs را به‌وسیله ترکیبات ضد میکروبی درمان و کنترل نموده، تخلیه مکرر، مصرف مایعات، و بهداشت شخصی می‌تواند برای کنترل و درمان این مسأله کمک‌کننده باشد.

1- Citrus

- هرگونه خستگی، تهوع، استفراغ و یا خارش را به پزشک اطلاع دهید.
- بررسی و معاینات دوره‌ای کارکرد کلیه را انجام دهید.
- از باقی گذاشتن سوند در صورت امکان خودداری نمایید و به محض امکان سوند را خارج نمایید. در صورتی که وجود سوند ضروری است از روش‌های آسپتیک استفاده نمایید.
- علائم حیاتی و سطح هوشیاری را به‌منظور یافتن علائم سپسیس کنترل کنید.
- هرگونه نتیجه مثبت کشت خون یا افزایش سلول‌های سفید خون را گزارش نمایید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار در مورد کاهش پاتوژن‌های مجرای واژن با استفاده از اقدامات بهداشتی، آموزش دهید. شست و شوی نواحی اطراف پرینه و مئاتوس حالب بعد از اجابت مزاج، که باید از جلو به عقب شسته شود.
- بیمار را به نوشیدن مقادیر کافی مایعات تشویق نمایید (قهوه، چای، کولا، یا الکل منع مصرف دارد) که باید مایعات به‌طور مکرر در طول روز برای خارج راندن باکتری‌ها مصرف شود.
- بیمار باید هر ۲ تا ۳ ساعت عمل تخلیه را انجام داده و مثانه را به‌طور کامل تخلیه نماید.
- در صورتی که نزدیکی جنسی باعث انتقال باکتری‌ها می‌شود، بلافاصله بعد از انجام نزدیکی جنسی مثانه را تخلیه نمایید و یک دوز از داروهای آنتی‌میکروبیال تجویز شده را مصرف نمایید.
- بیماران را در مورد مصرف داروها بعد از تخلیه مثانه و قبل از خواب راهنمایی کنید تا حداکثر دوز دارویی در هنگام شب در بدن بیمار وجود داشته باشد.
- بیمار را با اهمیت ملاقات با مراقبین بهداشتی و انجام پی‌گیری آشنا نموده، و به او در یافتن عفونت عودکننده و عفونت‌هایی که به درمان پاسخ نمی‌دهند کمک نمایید.

C

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- تسکین درد را تجربه نماید.
- در مورد UTI و نحوه درمان آن مطلع شود.
- هیچ عارضه‌ای را تجربه ننماید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۵، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.



دیابت بی‌مزه Diabetes Insipidus

این نوع دیابت مربوط به اختلال لوب خلفی غده‌هیپوفیز در ارتباط با نارسایی و کمبود وازوپرسین، آنتی‌دیورتیک هورمون (ADH) است. که با پرنوشی و پرادراری تظاهر می‌یابد. دیابت بی‌مزه ممکن است (۱) ثانویه به صدمه و ضربات سر، تومور مغزی یا برداشتن از طریق جراحی یا تحت رادیوتراپی قرار گرفتن غده‌هیپوفیز، یا عفونت‌های سیستم اعصاب مرکزی و یا تومورهای متاستاتیک (ریه و پستان) باشد؛ (۲) نفروژنیک (نقص توبول‌های کلیه نسبت به واکنش به ADH)، احتمالاً در ارتباط با هایپوکالمیا، هایپرکلسمیا و داروهای مختلف (به (عنوان مثال، لیتیوم[1]، دمکلوسیکلین[2])؛ یا (۳) اولیه (ارثی) با شروع احتمالی علائم از بدو تولد (نقص و نارسایی غده‌هیپوفیز).

بیماری به وسیله محدودیت در جذب مایعات کنترل نمی‌شود چرا که از دست دادن حجم فراوانی از ادرار بدون این که جایگزینی برایش صورت گیرد ادامه می‌یابد. تلاش به منظور محدودکردن مایعات باعث می‌شود که بیمار یک ولع ارضاءنشدنی برای مایعات را تجربه نموده که باعث توسعه هایپرناترمی و در نتیجه دهیدراسیون شدید می‌شود.

تظاهرات بالینی

- *پرادراری*[3]: یک حجم زیاد از ادرار رقیق شده که به عنوان برونده ادراری دفع می‌شود (حجم مخصوص ادرار ۱/۰۰۱ تا ۱/۰۰۵). دیابت اولیه ممکن

1- Lithium
2- Demeclocycline
3- Polyuria

است در بالغین شروعی ناگهانی یا مرموز و درونی داشته باشد.

- پرنوشی[1]: بیمار تشنگی شدید را تجربه نموده، نوشیدن ۲۰-۲ لیتر مایعات به‌صورت روزانه، با ولعی خاص برای آب سرد.
- پلی‌اوری علیرغم جایگزینی مایعات ادامه می‌یابد.

D

بررسی و روش‌های تشخیص

- تست محرومیت از مایعات: دریافت مایعات برای مدت ۱۲-۸ ساعت متوقف شده تا حدود ۵-۳٪ وزن بدن از بین برود. ناتوانی در افزایش وزن مخصوص و اسمولالیتی ادرار در مدت بررسی در این نوع دیابت تظاهر می‌یابد.
- وزن مخصوص، اسمولالیتی سرم، و سطوح سدیم سرم ممکن است سنجیده و بررسی شود.

درمان طبی

هدف از درمان تضمین جایگزینی کافی مایعات، جایگزین کردن وازوپرسین، و بررسی برای یافتن و درمان بیماریها و پاتولوژی‌های داخل جمجمه‌ای می‌باشد. درمان برای این نوع دیابت بر پایه اصول نفروژنیک که شامل استفاده از دیورتیک‌های تیازیدی، محدودیت خفیف نمک و املاح، و مهارکننده‌های پروستاگلندینی (به عنوان مثال، ایبوپروفن، ایندومتاسین و آسپرین) است.

جایگزینی وازوپرسین

- دسموپرسین (DDAVP)، که داخل بینی استعمال می‌شود، استعمال دارو یک تا دوبار در روز به‌منظور کنترل علائم انجام می‌شود.
- لیپرسین (دیاپید)، که از طریق موکوس بینی جذب خون می‌شود؛ اگر بیماری شدید باشد مدت زمان استفاده از آن ممکن است کوتاه باشد.
- استعمال داخل عضلانی ADH (وازوپرسین محلول در چربی) هر ۲۴ تا

1- Polydipsia

۹۶ ساعت به‌منظور کاهش حجم ادرار (هنگام مصرف بخوبی تکان داده یا گرم شود؛ عصرها استعمال شود؛ به‌منظور پیشگیری از دیستروفی بافت چربی به‌صورت چرخشی تزریق گردد).

D

حفظ ذخایر مایعات

- کلوفیبرات[1]، ترکیبات هایپولیپیدمیک، این ترکیب در بیمارانی که دارای مقادیر اندکی وازوپرسین در هیپوتالاموس هستند، خاصیت آنتی‌دیورتیکی دارد.
- کلرپروپامید[2] (دیابینز[3]) و دیورتیک‌های تیازیدی در مقدار و دوز خفیف به‌منظور تقویت اثر وازوپرسین؛ ممکن است باعث عکس‌العمل‌های هایپوگلیسمیک شود.

تدابیر پرستاری

- تشویق و حمایت بیمار وقتی که تحت بررسی ضایعات احتمالی جمجمه‌ای قرار می‌گیرد.
- آماده ساختن بیمار و اعضای خانواده در مورد پیگیری مراقبت‌ها و اندازه‌گیری‌های اورژانسی.
- به بیمار توصیه نمائید که یک دستبند شناسایی و اطلاعاتی راجع به داروهای مصرفی خود همراه داشته باشد که نشانگر وضعیت خاص موجود وی در همهٔ زمانها باشد.
- هشدار در مورد استعمال وازوپرسین اگر فرد بیماری‌های عروق کرونر داشته باشد به دلیل عملکرد انقباضی عروقی که از اثرات این داروست.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

دیابت ملیتوس Diabetes Mellitus

دیابت ملیتوس گروهی از اختلالات متابولیکی است که با افزایش سطوح

1- Clofibrate
2- Chlorpropamide
3- Diabinese

گلوکز خون تظاهر می‌یابد (هایپرگلایسمی) که در نتیجه نقص در ساخت انسولین و ترشح آن، کاهش پاسخ سلولی نسبت به انسولین یا هر دو است. که منجر به هایپرگلایسمی شده و نهایتاً به عوارض متابولیکی حاد منجر می‌شود، مثل کتواسیدوز دیابتیک (DKA[1]) و سندرم هایپرگلایسمی هایپراسمولار غیرکتونی (HHNS[2]). هایپرگلایسمی طولانی مدت ممکن است منجر به عوارض مزمن عروق کوچک[3] (بیماری‌های کلیه و چشم) و عوارض نوروپاتی گردد. البته دیابت با افزایش بروز بیماری در عروق بزرگ نیز تظاهر یافته که شامل بیماری شریان کرونر قلب (آنفارکتوس میوکارد)، بیماری‌های عروق مغزی (سکته) و بیماری عروق محیطی می‌باشد.

انواع دیابت

نوع ۱ (دیابت ملیتوس وابسته به انسولین)

- حدود ۵٪ تا ۱۰٪ بیماران دیابتی به دیابت نوع ۱ مبتلا می‌باشند که سلول‌های بتا پانکراس که به صورت طبیعی ساخت انسولین را بر عهده دارند به وسیله پروسه‌های ایمنی تخریب شده‌اند. تزریق انسولین برای کنترل سطوح قندخون ضروری است.
- دیابت نوع ۱ شروعی ناگهانی داشته، معمولاً قبل از ۳۰ سالگی رخ می‌دهد.

نوع ۲ (دیابت ملیتوس غیر وابسته به انسولین)

- حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد بیماران دیابتی به دیابت نوع دوم مبتلا می‌باشند که در نتیجه کاهش حساسیت نسبت به انسولین رخ می‌دهد (مقاومت نسبت به انسولین) یا ناشی از کاهش ساخت انسولین است.
- دیابت نوع ۲ در ابتدا با رژیم غذایی و ورزش درمان می‌شود، بعد ترکیبات هایپوگلایسمیک خوراکی در صورت لزوم تجویز می‌گردد.
- دیابت نوع ۲ اغلب در افراد مسن‌تر از ۳۰ سال و در بیماران مستعد

1- Diabetic ketoacidosis

2- Hyper Glycemic hyperosmolar non ketotic syndrome

3- Microvascular complication

رخ می‌دهد.

دیابت ملیتوس حاملگی[1]

- دیابت حاملگی با درجاتی از عدم تحمل نسبت به گلوکز با شروع حاملگی تظاهر می‌یابد (سه ماهه دوم و سوم).
- در زنان ۲۵ ساله یا مسن‌تر رخ می‌دهد، زنان جوان‌تر از ۲۵ سال که مستعد هستند، زنان با تاریخچه خانوادگی دیابت در خانواده درجه اول یا اعضای گروههای قبیله‌ای یا نژادهای خاص (مثل آمریکایی‌های اسپانیایی تبار، آمریکایی‌های بومی، آمریکایی‌های آسیایی، آمریکایی‌های آفریقایی یا جزایر اقیانوس آرام) که در این‌ها خطر ابتلا به اختلالات افزایش فشارخون حاملگی نیز زیاد است.

تظاهرات بالینی

- پرادراری، پرنوشی، پرخوری.
- خستگی و ضعف، تغییرات ناگهانی دید، مورمور و سوزش و بی‌حسی در دستها، پاها، پوست خشک، زخم‌هایی که بهبودی کندی دارند و عفونت‌های عودکننده.
- شروع دیابت نوع ۱ ممکن است با تهوع و استفراغ یا دردهای شکمی باشد.
- دیابت نوع دو به آهستگی (بعد از سالها) تظاهر یافته، ناشی از عدم تحمل به گلوکز در طولانی مدت بوده و باعث عوارض طولانی مدت می‌شود. اگر درمان درستی برایش انجام نشود(به عنوان مثال بیماری‌های چشم، نوروپاتی‌های محیطی، بیماری‌های عروقی محیطی) عوارض ممکن است قبل از تشخیص حاد توسعه یابد.
- علایم و نشانه‌های کتواسیدوز دیابتیک شامل درد شکم، تهوع، استفراغ، هایپرونتیلاسیون، و استشمام بوی میوه از تنفس. عدم درمان DKA ممکن است منجر به سطوحی از فقدان و از دست دادن هوشیاری، کوما و مرگ شود.

1- Gestational Diabetes Mellitus

بررسی‌ها و روش‌های تشخیص

- سطح بالای قندخون: سطوح قندخون ناشتا ۱۲۶mg/dl یا بیشتر یا سطوح قندخون تصادفی خون بیشتر از ۲۰۰mg/dl در بیشتر از یکبار بررسی.
- ارزیابی عوارض.

D

پیشگیری

برای بیماران چاق (خصوصاً آنها که دچار دیابت نوع دوم هستند): از دست دادن وزن کلید درمان و نکته و فاکتور اصلی در پیگیری برای دیابت گسترش یافته است.

عوارض دیابت

عوارض در هر دو نوع دیابت به دو نوع حاد و مزمن طبقه‌بندی می‌شود. عوارض حاد در اثر عدم تعادل کوتاه مدت در قندخون ایجاد شده و شامل:

- هایپوگلایسمی.
- DKA.
- HHNS.

عوارض مزمن معمولاً بین ۱۵-۱۰ سال بعد از شروع دیابت ملیتوس رخ می‌دهد. آنها شامل:

- بیماری‌های عروقی بزرگ (ماکرووسکولار): تاثیر روی عروق کرونر، عروق محیطی، خون‌رسانی عروق مغزی.
- بیماری‌های عروقی کوچک (میکروسکولار): تاثیر روی چشم‌ها (رتینوپاتی) و کلیه‌ها (نوروپاتی)؛ کنترل سطوح قندخون به‌منظور به تاخیر انداختن یا اجتناب از شروع عوارض عروق کوچک و بزرگ.
- بیماری‌های نوروپاتی: تأثیر روی سیستم حرکتی و حسی و اعصاب اتونوم که به مشکلاتی چون ناتوانی جنسی و زخم‌های پا منجر می‌شود.

ملاحظات سالمندی

به علت بروز افزایش سطوح قندخون با افزایش سن، بالغین مسن باید به فعالیت‌های جسمی سبک و در حد تحمل و واقع‌بینانه توصیه شوند. چرا که

فواید ورزش در دیابت اثبات شده است. فواید انجام ورزش شامل کاهش هایپرگلایسمی، احساس رضایت و سلامتی در کل بدن، متابولیسم و جذب کالری و کاهش وزن می‌باشد. توجه به آسیب‌های جسمی به نسبت دیگر بیماری‌های مزمن وقتی که افراد مسن مبتلا به دیابت به تمرین و ورزش می‌پردازند بسیار چشمگیر است.

درمان طبی

اهداف اصلی درمان نرمان‌سازی فعالیت انسولین و سطوح قندخون، به‌منظور کاهش ایجاد و پیشرفت عوارض عروقی و عصبی است. اهداف درمانی در هر نوع دیابت، تقویت سطوح قندخون نرمال (euglycemia) بدون هایپوگلایسمی و بدون ایجاد اختلال جدی در فعالیت‌های روزانه بیمار می‌باشد. پنج درمان اصلی برای دیابت وجود دارد: تغذیه، ورزش، کنترل، درمان دارویی و آموزش.

- درمان اولیه دیابت نوع ۱ انسولین است.
- درمان اولیه دیابت نوع ۲ کاهش وزن است.
- ورزش در تقویت اثرات انسولین بسیار موثر است.
- استفاده از ترکیبات کاهش دهنده قندخون خوراکی در صورتی که رژیم غذایی و ورزش قادر به کنترل موفقیت‌آمیز قندخون نباشند. تزریق انسولین ممکن است در حالات حاد و شدید استفاده گردد.
- به علت درمان تغییراتی در روند بیماری ایجاد می‌شود که در نتیجه تغییر، بیمار سبک زندگی و سطوح جسمی و عاطفی را به سطح بهتر و بالاتری می‌رساند. ادامه بررسیها و اصلاحات درمانی روزانه به بهترین صورت ممکن. آموزش هم برای بیمار و هم خانواده او ضروری است.

درمان تغذیه‌ای

- برنامه غذایی باید بر پایه عادات معمول بیمار در خوردن و سبک زندگی طراحی شده و باید بتواند همه مواد غذایی لازم را تامین نماید (به‌عنوان مثال ویتامینها و مواد معدنی).
- اهداف باید به منظور تقویت و حفظ وزن مطلوب، تامین نیازهای انرژی،

پیشگیری از نوسانات روزانه سطوح گلوکز خون (نگهداری قند نزدیک به سطوح نرمال ایمن‌تر و کاربردی‌تر است)، و کاهش سطوح چربی خون اگر افزایش یافته بود.

D

- برای بیمارانی که به انسولین نیاز دارند تا به کنترل سطوح قندخون خود بپردازند نیاز به حفظ کالری و ذخایر کربوهیدرات‌ها وجود دارد که از غذاهای مختلف یافت می‌شود.
- مراجعه و مشورت با متخصص تغذیه برای کنترل دیابت و برنامه‌ریزی برای افزایش تدریجی یا اضافه کردن فیبر به برنامه غذایی (غلات و سبزیجات).

نیازهای کالری

- محاسبه و تعیین نیازهای پایه کالری بدنی را باید در نظر گرفت، ملاحظات مربوط به سن، نسل و نژاد، وزن بدنی، قد، فاکتورهای درجه‌بندی فعالیت (فرمول هاریس ـ بندیکت[1] برای تعیین صرف انرژی پایه).
- کاهش وزن طولانی مدت می‌تواند (از دست دادن ۱ تا ۲ پوند وزن هفتگی) به‌وسیله کاهش دریافت کالری پایه با ۱۰۰۰–۵۰۰ کالری از برآورد نیازهای پایه کالری بدن صورت گیرد.
- انجمن‌های تغذیه و دیابت آمریکا برای همه سطوح جذب کالری پیشنهاد می‌کند ۶۰–۵۰٪ کالری از کربوهیدراتها به دست می‌آید و ۲۰٪ تا ۳۰٪ از چربی و باقی آن که بین ۲۰–۱۰ درصد است، از پروتئین‌ها کسب می‌شود. استفاده از ترکیب غذاها برای کاهش عکس‌العملهای گلیسمیک (گلاسمیک ایندکس[2]) می‌تواند مفید باشد. محاسبه کربوهیدرات‌ها و هرم راهنمای غذایی می‌توانند ابزارهای مفیدی برای دیابتی‌ها باشند.

فرآیند پرستاری: بیمار با تشخیص جدید دیابت

بررسی

- توجه به علائم و نشانه‌های هایپرگلایسمی طولانی شده و فاکتورهای جسمی، اجتماعی و احساسی که توانایی بیمار را در آموختن و اجرای

1- Harris - Benedict Formula 2- Glycemic Index

فعالیت‌های مراقبتی از خود تحت تأثیر قرار می‌دهد.

- پرسش و بررسی جهت شرح علایمی که بر تشخیص مقدم هستند: پرادراری، پرنوشی، پرخوری، خشکی پوست، تاری دید، کاهش وزن، خارش واژینال و عدم بهبود زخم‌ها.
- بررسی علایم کتواسیدوز دیابتی، شامل کتونوری، تنفس کاسمال، افت فشار ارتوستاتیک، و لتارژی.
- سؤالاتی که به بررسی نشانه‌های DKA پرداخته مثل تهوع، استفراغ، درد شکمی.
- کنترل علائم آزمایشگاهی برای اسیدوز متابولیک (کاهش PH، کاهش بی‌کربنات) و عدم تعادل الکترولیت‌ها.
- بررسی بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ برای علائم HHNS: افت فشارخون، تغییرات حسی، حملات تشنجی، کاهش تورگور پوستی، هایپراسمولاریتی و عدم تعادل الکترولیت‌ها.
- بررسی فاکتورهای جسمی که به توانایی بیمار در یادگیری و انجام مهارت‌های مراقبت از خود اختلال وارد می‌کند: نقایص بینایی، نقص در هماهنگی حرکتی، نقایص نورولوژیکی.
- ارزیابی حالات اجتماعی بیمار برای یافتن فاکتورهایی که درمان دیابت و برنامه آموزشی را تحت تاثیر قرار می‌دهند (سواد، منابع مالی، تضمین و بیمه سلامتی، حمایت خانواده)، ارزیابی انواع عادات روزانه بیمار (به‌عنوان مثال، کار، وعده‌های غذایی، تمرین‌ها و برنامه سفر).
- بررسی وضعیت عاطفی و احساسی بیمار، در مورد مشاهده رفتار عمومی (به‌عنوان مثال، از بین رفتن اضطراب و بیان احساسات).
- بررسی مهارت‌های تطابقی به‌وسیله سؤال کردن در مورد چگونگی کنار آمدن بیمار با وضعیت‌های مشکل و سخت در گذشته.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- خطر کمبود حجم مایع در ارتباط با پرادراری و دهیدراسیون.
- تغذیه نامتعال در ارتباط با عدم تعادل در انسولین، غذا و فعالیت‌های جسمی.

- کمبود دانش و آگاهی در ارتباط با مهارت‌های مراقبت از خود و اطلاعات در مورد دیابت.
- کمبود استعداد مراقبت از خود در ارتباط با آسیب‌های جسمی یا فاکتورهای اجتماعی.
- اضطراب در ارتباط با از دست دادن کنترل، ترس از ناتوانی برای کنترل دیابت، کمبود اطلاعات در ارتباط با دیابت و ترس از عوارض دیابت.
- خطر بروز عوارض.

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

- افزایش حجم مایع، ادم ریوی، نارسایی احتقانی قلب
- هایپوکالمی
- هایپرگلایسمی و کتواسیدوز دیابتی
- هایپوگلایسمی.
- ادم مغزی.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی این است که بیمار تعادل مایع و الکترولیت‌ها را بدست آورد، کنترل معمولی قندخون، شروع کاهش وزن، توانایی بدست آوردن مهارت‌های پایه در دیابت (بقا) و فعالیت‌های مراقبت از خود، کاهش اضطراب، و عدم پیدایش عوارض.

مداخلات پرستاری

حفظ تعادل مایعات و الکترولیت‌ها

- کنترل و اندازه‌گیری جذب و دفع.
- برقراری مایعات وریدی و الکترولیت‌ها طبق تجویز.
- تشویق به دریافت مایعات.
- اندازه‌گیری الکترولیت‌های سرم (سدیم، پتاسیم)، و کنترل دقیق آنها.
- کنترل علائم حیاتی برای حفاظت در مقابل دهیدراتاسیون، تاکیکاردی،

افت فشار خون وضعیتی[1].

بهبود دریافت تغذیه

- تدوین رژیمی با هدف اصلی کنترل قند
- طراحی رژیم غذایی به نسبت شیوه‌های زندگی بیمار، زمینه فرهنگی، سطوح فعالیت و غذاهای مورد علاقه بیمار دیابتی.
- بیمار را تشویق کنید که غذا و میان وعده‌های غذایی را طبق دستور بخورد.
- ترتیب دادن میان وعده‌هایی خارج از برنامه قبل از افزایش فعالیت‌های جسمی.
- به بیمار اطمینان دهید که انسولین دستور داده شده تا حد نیاز برای مقدار غذایی او تنظیم شده و بر پایه تشخیص و پروسیجرهای دیگر است.

کاهش اضطراب

- تامین حمایت‌های عاطفی و گذاشتن وقتی برای گفتگوی اختصاصی با بیمار.
- برای بیمار و خانواده ابهامات اولیه امکان وجود دیابت را روشن نمائید.
- کمک به بیمار و خانواده برای تمرکز بر یادگیری رفتارهای مراقبت از خود.
- تشویق بیمار به انجام مهارت‌هایی که از آنها هراس دارد: خودش انگشتش را سوراخ کرده و قند خونش را کنترل کند.
- دادن تلقین مثبت به‌منظور تلاش برای انجام رفتارهای مراقبت از خود.

پایش و اداره‌ی عوارض احتمالی

- *افزایش حجم مایع*: اندازه‌گیری علائم حیاتی و کنترل فشار ورید مرکزی (CVP) و همه سطوح همودینامیک در فواصل مکرر؛ بررسی ریتم و سرعت ضربان قلب، صداهای تنفس، برجستگی‌ها و بیرون‌زدگی‌های عروقی، تورگور پوستی، و برونده ادراری، کنترل مایعات داخل ورید و دیگر مایعات دریافتی.
- *هایپوکالمی*: جایگزینی محتاطانه پتاسیم، اطمینان از وجود عملکرد کلیه‌ها قبل از استعمال؛ کنترل ریتم و سرعت ضربان قلب، الکتروکاردیوگرام

1- Orthostatic hypotension

(ECG) و سطوح پتاسیم سرم.

- **هایپرگلایسمی و کتواسیدوز دیابتی:** کنترل سطوح قندخون و کتون ادرار؛ انجام دارو درمانی (انسولین، ترکیبات پایین آورنده قندخون خوراکی)؛ کنترل علائم و نشانه‌های مبنی بر وقوع هایپرگلایسمی و DKA، دادن انسولین و مایعات داخل وریدی برای اصلاح آن.
- **هایپوگلایسمی:** درمان با آب میوه یا قرص‌های قند؛ تشویق بیمار به خوردن همه غذای یک وعده یا میان وعده‌های طبق تجویز، مرور علائم و نشانه‌ها، علل احتمالی و ارزیابی به‌منظور پیشگیری و یا درمان.
- **ادم مغزی:** پیشگیری با کاهش تدریجی سطوح قندخون، کنترل سطح قندخون، سطوح الکترولیتها، برونده اداری، سطوح ذهنی، علائم نورولوژیک، کاهش فعالیت‌هایی که باعث افزایش فشار داخل جمجمه می‌شود.

آموزش به بیمار درباره مراقبت از خود

- آموزش رفتارهای پیشگیرانه برای عوارض طولانی مدت و مهارت‌های سازگاری و بقای بیمار. توضیح پاتوفیزیولوژی به زبان ساده، روش‌های درمان، درمان و پیشگیری از عوارض حاد و زودرس و اطلاعات آماری (به‌منظور حفظ اندوخته‌ها و اینکه چه زمانی با پزشک تماس بگیرند).
- تأمین امکانات و تجهیزات برای آموزش مهارت‌ها به بیمار.
- تأمین و سازگاری اطلاعات بر پایه توانایی‌های بیمار برای فهمیدن و درک بیشتر.
- آماده کردن خانواده که آنها ممکن است لازم باشد در کنترل دیابت کمک نمایند.
- توصیه و تاکید بر آموزش‌های پیگیری وضعیت با دیگر بیماران دیابتی خصوصاً درباره تجهیزات رایج برای بیماران با آسیب‌های جسمی، ترتیب و توضیح مراقبت‌هایی که بر پرستاری در منزل دلالت دارد.
- کمک به برقراری ارتباط که به‌منظور همانندسازی برای فراهم‌کردن موقعیت‌های آموزشی، با توجه به ملاحظات مالی و محدودیت جسمی صورت می‌گیرد.

تغذیه

- آموزش‌های اولیه به‌منظور تاکید بر اهمیت انسجام بین عادات خوردن،

ارتباط و تعاملات بین غذا و انسولین و تهیه و تأمین برنامه غذایی شخصی.

- پیگیری آموزش‌ها با تاکید بر افزایش عمق و کیفیت مهارت‌ها، مثل غذا خوردن در رستوران، برچسب‌های غذایی و سازگاری غذای مصرفی با ورزش‌های مورد نظر، بیماری‌ها و فرصت‌های خاص.
- تعیین زمانهایی که بیمار آمادگی یادگیری و آموزش را داشته و استفاده از سیستم‌های جایگزینی.
- تسهیل کسب اطلاعات و تامین و ایجاد موقعیت‌ها و شانس‌های مکرر برای تمرین و تکرار.
- آموزش به بیمار که برچسب‌های سلامتی غذاها را مطالعه کند، چرا که آنها اغلب شامل فراورده‌های قندی (مثل عسل، شکر قهوه‌ای، شربت و عصاره دانه‌های غلات) می‌باشند و چربی‌های گیاهی اشباع شده، چربی‌های گیاهی هیدروژنه، یا روغن حیوانی که ممکن است جزو کنترااندیکاسیون‌های افزایش چربی خون باشند.

ورزش

ورزش بسیار مهم است چرا که تاثیرات آن روی پایین آوردن سطوح قندخون و کاهش عوامل خطر بیماری‌های عروقی قلب به اثبات رسیده است. ورزش در کاهش وزن و کاهش استرس و فشار و حفظ احساس خوب بودن مفید است. ورزش چربی‌های خون را تنظیم نموده و باعث افزایش سطوح چربی با دانسیته بالا (HDL) و کاهش کلسترول توتال و سطوح تری‌گلیسیریدها می‌شود.

- آموزش به بیمار با سطوح قندخون بیشتر از ۲۵۰ mg/dL که نباید ورزش را شروع کند تا زمانی که تست کتون در ادرار آنها منفی شود و سطوح گلوکز خون آنها نزدیک‌تر به سطح طبیعی شود (سطوح بالای قندخون باعث تحریک ترشح گلوکاگون و هورمون رشد و کاتکولامین‌ها شده و در نتیجه باعث تجزیه بیشتر گلوکز در کبد و افزایش قندخون می‌شود).
- تشویق بیمار به خوردن ۱۵ گرم اسنک کربوهیدرات (میوه) یا اسنک ترکیب کربوهیدرات با پروتئین قبل از ورزش متوسط برای پیشگیری از

هایپوگلایسمی.

- بیمار را در مورد هایپوگلایسمی بعد از ورزش آگاه سازید که حتی ساعتها بعد از ورزش کردن ممکن است رخ دهد.
- تست قندخون را قبل، حین و بعد از ورزش انجام داده و خوردن میان وعده‌های حاوی کربوهیدرات در صورت لزوم به‌منظور حفظ قندخون، توصیه به بیمار برای کاهش دوز انسولین که در هنگام ورزش به اوج اثر خود می‌رسد البته در صورت نیاز.
- توضیح این که ورزش کردن و درمان رژیمی منجر به بهبود متابولیسم گلوکز، تسهیل کاهش چربی‌های بدن شده، در دیابت نوع ۲ توضیح این که ورزش کردن به همراه کاهش وزن باعث بهبود اثرات انسولین می‌شود و ممکن است نیاز به انسولین یا ترکیبات کاهش‌دهنده قندخون را کاهش دهد، ضروری است.
- تشویق به انجام ورزشهای عادی روزانه بطور منظم نسبت به ورزش‌های پراکنده.
- توصیه به همه بیماران دیابتی که برنامه ورزشی خود را با پزشک خود در میان گذارند.

خودکنترلی سطوح قندخون

خودکنترلی سطح قندخون (SMBG[1]) در رژیم درمانی دیابت جای گرفته تا سطوح قندخون به حد عادی نزدیک‌تر شده و بیماران به ادامه درمان ترغیب شوند.

- تامین انجام تکنیک‌های SMBG برای اولین بار.
- ارزیابی تکنیکهای تجربه شده بیمار در SMBG.
- منصرف نمودن بیمار از تهیه فراورده‌های SMBG از مغازه‌ها یا کاتالوگ‌هایی که آموزش مستقیم در اختیار خریدار قرار نداده‌اند.
- اطمینان از این که روش استفاده شده توسط بیمار با سطوح توانایی آنها هماهنگی داشته و با تیزبینی و هماهنگی در حرکات ظریف، توانایی‌های

1- Self - Monitoring of Blood Glucose levels

شناختی، راحت بودن تکنولوژی و اشتیاق و منابع مالی آنها هم‌خوانی دارد.
- توصیه به بیمار به ثبت و نگهداری تست‌های قندخون.

D

بررسی هموگلوبین گلیکوزیله

اگر سطوح هموگلوبین متصل به قند (A_1C) بیمار بالا باشد اما تست سطوح قندخون او نرمال باشد، یک تست خونی خاص که میانگین سطوح قندخون را بعد از حدود ۳-۲ ماه نشان می‌دهد، انجام می‌شود (ارزیابی نرمال: ۸-۴٪) که بسته به نتیجه بدست آمده، می‌توان به تعیین پیام‌های ظاهر شده در روشهای SMBG پرداخت.

تست ادرار به‌منظور بررسی کتون (استون)

بررسی ادرار برای بیمارانی که نمی‌توانند تست بررسی قندخون را انجام دهند، انجام می‌شود. برای این بیماران، یک ساختار خاص در پروسیجرهای بررسی ادرار ایجاد شده که برای بیماران با دیابت نوع اول که گلوکوزوریا (پیدایش قند در ادرار) و یا سطوح قندخون بالای تعریف نشده دارند (بیشتر از ۲۵۰mg/dl) و برای بیمارانی که خیلی ناتوان و یا حامله هستند انجام می‌شود.

شیوه درمان با انسولین

آماده کردن انسولین و تغییرات آن بر پایه چهار محور اصلی می‌باشد: مدت زمان عملکرد آن، غلظت، گونه (منبع) و تولیدکننده آن.
- *مدت زمان فعالیت*: انسولین بر طبق سه عامل شروع اثر، اوج اثر و مدت زمان اثر به سه دسته طبقه‌بندی می‌شود. انسولین سریع‌الاثر(مثل انسولین لیسپرو) که مدت زمان اثر آن کمتر از انسولین ریگولار است (شروع اثر ۱۵-۵ دقیقه؛ اوج اثر ۹۰-۶۰ دقیقه؛ مدت اثر ۴-۲ ساعت). انسولین کوتاه اثر شامل انسولین ریگولار[1] (مشخص شده با «R» روی شیشه) که البته با نام انسولین زینک کریستالین نیز شناخته می‌شود (CZI)؛ که ظاهری شفاف داشته و شروع اثر انسولین ریگولار ۱-۰/۵ ساعت و اوج اثرش ۴-۲

1- Regular

ساعت؛ و مدت زمان باقی ماندن اثرش ۸-۶ ساعت است. انسولین متوسط‌الاثر شامل انسولین NPH و lente (L) است که آنها در ظاهر به رنگ سفید شیری می‌باشند. شروع اثر انسولین متوسط‌الاثر ۳ تا ۴ ساعت؛ و اوج اثر ۱۲-۴ ساعت؛ و مدت زمان باقی ماندن اثر ۲۰-۱۶ ساعت می‌باشد. انسولین طولانی اثر شامل اولترالنت «UL» است که عملکردی آهسته و طولانی دارد که شروع اثرش ۸-۶ ساعت؛ اوج اثرش ۱۶-۱۲ ساعت؛ و مدت باقی ماندن اثر ۳۰-۲۰ ساعت می‌باشد.

- انسولین بازال بدون اوج (انسولین گلارگین[1] در طول ۲۴ساعت جذب می‌شود و می توان روزی یک‌بار مصرف کرد.
- U-۱۰۰ رایج‌ترین ترکیب انسولین در ایالات متحده است (۱۰۰ واحد انسولین در هر سانتی‌متر مکعب).
- منابع رایج انسولین شامل مواردی است که از پانکراس گاوها و خوک تهیه می‌شود. انسولین‌های انسانی اکنون با تکنولوژی بازترکیبی DNA تولید می‌شود.
- شیوه‌های موجود برای ارائه انسولین شامل قلم‌های انسولین[2]، جت اینجکتورها[3]، پمپ‌های انسولین و کار گذاشتن یا القای استنشاقی انسولین. پیوند همه یا قسمتی از پانکراس نیز ممکن است انجام شود.

تشخیص مشکلات ایجاد شده با انسولین

- واکنش‌های آلرژی موضعی ممکن است به‌صورت قرمزی، ادم تحریک‌پذیری و حساسیت حدود ۲-۱ ساعت بعد از تزریق رخ دهد.
- واکنش آلرژیک سیستمیک که نادر بوده و با ادم عمومی و آنافیلاکسی تظاهر می‌یابند.
- دیستروفی بافت چربی ناشی از انسولین[4] که یک آسیب موضعی در متابولیسم چربی ایجاد شده و با چرخش محل تزریق انسولین و اجتناب از تزریق انسولین در بافت‌ها و مناطق هایپرتروفی شده قابل پیشگیری است.

1-Glargine
2- Insulinpens
3- Jet injectors
4- Insulin lipodystrophy

- مقاومت بالینی در مقابل انسولین ممکن است به دلیل آنتی‌بادی‌های سیستم ایمنی ایجاد شود که با انسولین باند شده و باعث کاهش امکان در دسترس بودن و استفاده از آن می‌شود. این مشکل با آماده کردن و تزریق انسولین ضعیف‌تر و استفاده از پردنیزون برای بلاک کردن اثرات آنتی‌بادی‌ها قابل درمان است.
- هایپرگلایسمی صبحگاهی ممکن است مورد توجه قرار گیرد، که به‌علت پدیده داون[1] اتفاق می‌افتد (افزایش سطح گلوکز خون بعد از ساعت ۳Am)، که به‌علت به پایان رسیدن اثر انسولین رخ می‌دهد، منجر به بالا رفتن قندخون می‌شود و اثر Somogyi اتفاق می‌افتد (هایپوگلایسمی شبانه[2] به دنبال هایپرگلایسمی بازگشتی) که باید به بیمار یادآوری نمائیم که دوز انسولین NPH عصر را به زمان خواب موکول کند (از زمان قبل از شام). یادآوری به بیمار و خانواده او درباره‌ی آزمایش قندخون هنگام خواب، در ساعت ۳Am و زمان بیدارشدن مفید خواهد بود.

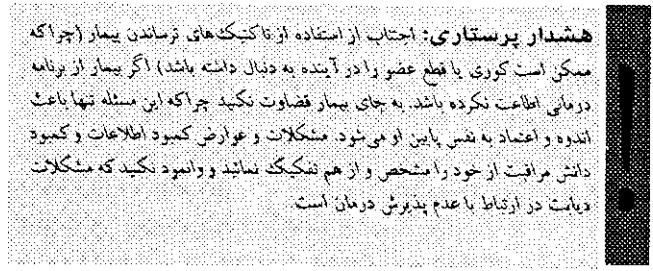
آموزش در مورد ترکیبات خوراکی پایین آورنده قندخون

ترکیبات پایین‌آورنده قندخون خوراکی ممکن است در بیماران با دیابت نوع دومی که با رژیم و ورزش درمان نشده‌اند مفید باشد. عملکرد پانکراس برای این ترکیبات ضروری است تا داروها تأثیر داشته باشند. و اینها نمی‌توانند برای درمان دیابت نوع ۱ تاثیرگذار باشند. در بیماران مبتلا به DKA یا در حین بارداری نیز استفاده نمی‌شوند.

- توضیح دهید که هایپوگلایسمی ممکن است هنگامی که که دوز بیشتر از حد معمول این داروها مصرف شود، اتفاق بیفتد، یا هنگامی که وعده‌های غذایی حذف شده یا دریافت غذا کاهش یافته باشد.
- توصیه به بیمار که الکل مصرف نکند چرا که واکنش دی‌سولفیرام (آنتابیوس)[3] ممکن است رخ دهد.
- در صورت توسعه هایپرگلایسمی به علت عفونت، ضربه یا جراحی به بیمار

1- Dawn phenomenon
2- Noctural hypoglycemia
3- Disulfiram(Antabuse)

بگویید که داروهای خوراکی کاهنده قندخون ممکن است به طور موقت قطع شوند وقتی که انسولین مورد نیاز باشد. داروهای کاهنده قند خوراکی شامل سولفونیل اوره[1]، بیگوائید[2]، مهارکننده‌های آلفاگلوکوزیداز[3]، تیازولیدین‌دیون[4]و مگلیتینید[5].



هشدار پرستاری: اجتناب از استفاده از تاکتیک‌های ترساندن بیمار (چراکه ممکن است کوری یا قطع عضو را در آینده به دنبال داشته باشد) اگر بیمار از برنامه درمانی اطاعت نکرده باشد. به جای بیمار قضاوت نکنید چراکه این مسئله تنها باعث اندوه و اعتماد به نفس پایین او می‌شود. مشکلات و عوارض کمبود اطلاعات و کمبود دانش مراقبت از خود را مشخص و از هم تفکیک نمایید و دانسته نکنید که مشکلات دیابت در ارتباط با عدم پذیرش درمان است.

ارتقای پذیرش بیمار

- اطمینان از عملکرد فاکتورهای جسمی (مثل میدان بینایی) و فاکتورهای احساسی عاطفی که ممکن است به توانایی بیمار در مهارت‌های مراقبتی خود آسیب وارد کند.
- بررسی علائم عفونت یا فشارهای عاطفی که منجر به افزایش سطوح قند می‌شود علی رغم این که از رژیم درمانی کاملا تبعیت شده است.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۱، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

کتواسیدوز دیابتیک Diabetic ketoacidosis

کتواسیدوز دیابتیک (DKA) به علت فقدان مقدار کافی انسولین ایجاد می‌شود که در نتیجه در متابولیسم کربوهیدرات‌ها و پروتئین، و چربی اختلال

1- Sulfonylureas
2- Biguanides
3- Alphaglucosidase inhibitors
4- Thiazolidinediones
5- Meglitinides

ایجاد می‌گردد. سه حالت بالینی اصلی DKA عبارتند از ۱) هایپرگلایسمی در ارتباط با کاهش استفاده از گلوکز توسط سلول‌ها و افزایش گلوکز به وسیله کبد؛ ۲) دهیدراتاسیون و از دست دادن الکترولیتها در نتیجه پلی‌اوری یا از دست‌دادن بیش از ۶/۵ لیتر آب و ۵۰۰-۴۰۰ میلی‌اکی‌والان از سدیم، پتاسیم و کلراید در ۲۴ ساعت؛ و ۳) اسیدوز در ارتباط با تجزیه چربی به اسیدهای چرب و تولید اجسام کتونی که البته جزو اسیدها هستند. سه علت اصلی DKA عبارتند از کاهش یا فقدان دوز انسولین مناسب، ضعف یا عفونت، و عدم تشخیص تظاهرات اولیه یا دیابت درمان نشده.

تظاهرات بالینی

- پر ادراری و پرنوشی (افزایش تشنگی).
- تاری‌دید، ضعف و سردرد.
- افت فشار خون ارتوستاتیک در بیماران با از دست دادن حجم مایع.
- نبض سریع و ضعیف.
- نشانه‌ها و علائم گوارشی، (معدی روده‌ای) مثل بی‌اشتهایی، تهوع / استفراغ و درد شکمی (ممکن است شدید باشد).
- استنشاق بوی کتون از تنفس (بوی میوه[1]).
- تنفس کاسمال: هایپرونتیلاسیون با تنفس عمیق اما بدون سختی و عدم کارآمدی تنفس.
- تغییر در سطح ذهنی که در بیماری با بیماری دیگر شدیداً متفاوت است (ورود به لتارژی و یا کوما).

بررسی و روش‌های تشخیص

- سطوح قندخون: ۸۰۰-۳۰۰ mg/dL (ممکن است کمتر یا بیشتر باشد).
- سطح پایین بی‌کربنات سرم: ۱۵-۰ mg/dL
- PH پایین: ۶/۸ تا ۷/۳.
- فشار Co_2 پایین: ۳۰-۱۰ میلی‌متر جیوه.

1- Fruity odor

- سطح سدیم و پتاسیم ممکن است پایین، نرمال یا بالا باشد که بستگی به مقدار از دست رفتن آب دارد (دهیدراسیون).
- افزایش کراتینین، نیتروژن اوره خون (BUN)، هموگلوبولین، ارزیابی هماتوکریت ممکن است حین دهیدراتاسیون ایجاد شود. بعد از هیدراته شدن بیمار، افزایش کراتینین و BUN سرم ممکن است در بیماران با عدم کفایت کار کلیه دیده شود.

D

درمان طبی

درمان DKA با هدف تصحیح هایپرگلایسمی، هیدراتاسیون، از دست رفتن الکترولیت‌ها و اسیدوز انجام می‌شود.

درمان دهیدراتاسیون

بیمار ممکن است نیازمند ۱۰-۶ لیتر مایعات داخل وریدی باشد (نرمال سالین ۰/۹٪ با سرعت بالای ۱-۰/۵ لیتر در ساعت برای حدود ۳-۲ ساعت) برای جایگزین کردن مایعات از دست رفته توسط پرادراری و هایپرونتیلاسیون، اسهال یا استفراغ. محلول نرمال سالین هایپرتونیک (۰/۴۵٪) ممکن است در موارد افت فشار یا افزایش سدیم (هایپرناترمی) و یا نارسایی احتقانی قلب استفاده شود. این مقدار مایع (۲۰۰-۵۰۰ ml/h) برای چندین ساعت) پس از چند ساعت اول که فشار خون به حالت طبیعی برگشته و سطح سدیم پایین نیست مناسب است. حجم پلاسما ممکن است برای اصلاح‌ها هیپوتانسیون شدید که به درمان با مایعات داخل وریدی پاسخ نداده بود، زیاد شود.

درمان اتلاف الکترولیت‌ها

پتاسیم مهمترین الکترولیتی است که در درمان DKA مورد توجه است. به علت رهایی از احتمال وقوع دیس‌ریتمی‌های شدید قلبی به دنبال هایپوکالمی جایگزینی مناسب پتاسیم حیاتی است .

درمان اسیدوز

اسیدوز ناشی از DKA با انسولین قابل درمان است، که با مهار شکسته‌شدن

و تجزیه چربی‌ها عمل می‌کند. انسولین (فقط ریگولار) در سرعتی آرام و مداوم (به‌طور مثال ۵ واحد در ساعت) استفاده می‌شود. وقتی که قندخون به mg/dl300 یا کمتر برسد دکستروز به مایعات وریدی (D5W) اضافه می‌شود زیرا باید از افت خیلی سریع قندخون اجتناب شود. انسولین داخل وریدی باید تا وقتی که تزریق زیرجلدی انسولین ممکن شود، ادامه یابد. اگرچه انسولین داخل وریدی باید تا زمانی که سطوح بیکربنات سرم بهبود یافته و بیمار بتواند چیزی بخورد ادامه پیدا کند. سطوح قندخون نرمال جزو نشانه‌های برطرف‌شدن اسیدوز نمی‌باشد.

تدابیر پرستاری

بهبود تعادل مایعات

- برقراری مایعات طبق دستور، و کنترل دقیق انفوزیون.
- کنترل حجم مایعات (شامل کنترل و چک کردن تغییرات فشار خون ارتوستاتیک و تعداد ضربان قلب)، بررسی ریه‌ها، جذب و دفع (ممکن است برون ده اولیه ادرار تا دریافت وریدی و تصحیح دهیدراتاسیون به تأخیر بیفتد).
- کنترل علائم افزایش مایع در سالمندان و آنهایی که در خطر نارسایی احتقانی قلب می‌باشند.



هشدار پرستاری: کنترل دقیق هایپوکالمی در ارتباط با هیدراته‌شدن مجدد و درمان با انسولین ضروری است.

بهبود الکترولیت‌ها و تعادل اسید و باز

مشاهده مکرر علائم هایپوکالمی (مثل بلندشدن قله موج T در ECG) و تکرار این کنترل (هر ۲ تا ۴ ساعت) ارزیابی پتاسیم در طی ۸ ساعت اول درمان ضروری است.



هشدار پرستاری: پتاسیم تنها در صورت بروز هایپوکالمی و ادرار نداشتن بیمار به‌طور موقت قطع می‌شود، با توجه به‌دستور پزشک.

هشدار پرستاری: تنظیم قطرات انسولین مداوم طبق دستور و ادامه آن و کنترل قندخون هر ساعت

D

آموزش مراقبت از خود به بیمار

درباره «قوانین روزهای بیماری[1]» به او آموزش دهید که این‌ها استراتژی‌هایی هستند که از عوارض دیابت جلوگیری می‌کنند.

- دوز انسولین را وقتی که تهوع و استفراغ رخ می‌دهد به هیچ‌وجه تغییر و یا کاهش ندهید.
- دریافت دوز معمول انسولین طبق تجویز در روزهای قبل و تلاش مکرر برای ذخیره مقادیر اندک کربوهیدرات حیاتی است.
- نوشیدن مایعات (شامل سوپ آبکی) هر ساعت برای اجتناب از دهیدراسیون مفید است.
- کنترل قندخون هر ۴-۳ ساعت.
- اگر به‌علت تهوع و استفراغ قادر به دریافت مایعات نبودید یا اگر سطح قندخون بالا و ثابتی داشتید، به پزشک اطلاع دهید.
- اطمینان از این که بیمار می‌داند که چگونه در طی ۲۴ ساعت با پزشک در ارتباط باشد. آموزش مهارت‌های درمان خود شامل تزریق محتاطانه انسولین و انجام تست‌های قندخون و کتون ادرار. بررسی مهارتهای بیمار برای پیشگیری از پیامهای تصادفی در تجویز انسولین یا تست قندخون. به بیمار و خانواده تأکید کنید که در صورتی که در دوز انسولین تغییراتی ایجاد گردد منجر به بروز DKA خواهد شد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۱، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

اسهال Diarrhea

اسهال حالتی است که با افزایش تکرار حرکات روده‌ای (بیشتر از سه بار در روز) و یا افزایش محتویات مدفوع (بیشتر از ۲۰۰ گرم در روز) و یا تغییر در

1- Sick - day rules

قوام (مدفوع آبکی) تظاهر پیدا می‌کند. که معمولاً با فوریت دفع، ناراحتی پرینه، قادر نبودن در کنترل و بی‌اختیاری و یا مجموعه‌ای از این حالات تظاهر می‌یابد. اسهال می‌تواند از هر حالت مسبب افزایش ترشحات روده‌ای یا کاهش جذب مخاط یا تغییرات (افزایش) حرکات روده ناشی شود.

D

انواع اسهال شامل ترشحی[1]، اسموتیک[2]، یا اسهال مخلوط[3] می‌باشد. ممکن است حاد (خود محدود شونده که اغلب با عفونت همراه است) یا مزمن (برای مدت زمان طولانی باقی مانده و ممکن است که بصورت تک‌گیر عود کند). اسهال به‌موارد ترشحی (حجم زیاد)، اسموتیک (عدم جذب بخشهای مختلف مواد) یا مخلوط (شامل بیماری‌های التهابی روده) طبقه‌بندی می‌شود. اسهال ممکن است به علت مصرف برخی داروها، تغذیه با لوله، اختلالات متابولیک و اندوکرین و عفونت‌های ویروسی یا باکتریایی ایجاد شود. عوامل موجود شامل اختلالات تغذیه‌ای و سوءجذب، نارسایی اسفنکتر مقعد (آنال)، سندرم زولینگرالیسون[4]، ایلئوس فلجی، سندرم نقص ایمنی (AIDS) و انسداد روده می‌باشد.

تظاهرات بالینی

- افزایش تکرار و حجم مایعات موجود در مدفوع.
- کرامپ‌های شکمی، نفخ، صداهای روده(بوربوریگموس)[5]، بی‌اشتهایی، و تشنگی.
- انقباضات اسپاستیک دردناک در ناحیه آنوس و کشش‌های غیرمؤثر (تنسموس) در هر دفع.
- دیگر علائم بسته به‌علت و شدت و ارتباط با دهیدراسیون و عدم تعادل مایعات و الکترولیتها شامل:
- مدفوع آبکی، که ممکن است نشان‌دهنده بیماری‌روده کوچک باشد.
- مدفوع شل و یا نیمه جامد که با مشکلات ناحیه کولن تظاهر می‌یابد.

1- Secretory. D
2- Osmotic. D
3- Mixed. D
4- Zolinger - Elison syndrome
5- Intestinal rumbling(borborygmus)

- مدفوع حجیم و روغنی و چرب که حدس‌زده می‌شود ناشی از سوء جذب روده‌ای باشد.
- وجود چرک یا موکوس در مدفوع، که نشان‌دهنده التهاب روده و یا کولیت است.
- وجود قطرات چربی روی دستشویی که نارسایی پانکراس را مشخص می‌کند.
- اسهال شبانه که ممکن است تظاهراتی از نوروپاتی‌های دیابتی باشد.

عوارض

عوارض اسهال شامل دیس‌ریتمی‌های قلبی، در ارتباط با عدم تعادل مایعات و الکترولیت‌ها (پتاسیم)، فقدان یا کاهش برونده ادراری به کمتر 30 ml/h ، ضعف عضلانی، پارستزی، افت فشار، بی‌اشتهایی، خواب آلودگی (اگر سطوح پتاسیم به کمتر از ۳ میلی‌اکی‌والان در لیتر برسد [SI3 mmol/l])، و مرگ در صورتی که اگر عدم تعادل شدت یابد.

بررسی و یافته‌های تشخیص

وقتی علل ناشناخته باشد: آزمایش مدفوع برای یافتن عفونت یا ارگانیسم‌های انگلی، توکسین‌های باکتریایی، خون، چربی، و الکترولیت‌ها، شمارش کامل خونی، پروفایل شیمیایی، اندوسکوپی با انمای باریم.

درمان طبی

- درمان طبی اولیه شامل کنترل مستقیم علائم، پیشگیری از عوارض و یافتن و درمان بیماری‌های نهفته زمینه‌ای می‌باشد.
- دارودرمانی خاص(به‌عنوان مثال، آنتی‌بیوتیک‌ها، ترکیبات ضدالتهاب) ممکن است شدت اسهال و بیماری را کاهش دهد.
- افزایش دریافت مایعات از راه دهان، گلوکز خوراکی و الکترولیت‌های محلول ممکن است تجویز شود.

- ضداسهال‌ها، مثل دیفنوکسیلات[1] (لوموتیل[2]) و لوپرامید[3] (ایمودیوم[4]) ممکن است به‌منظور کاهش منابع غیرعفونی بکار رود
- وقتی که عفونت و عوامل عفونی شناخته شده یا اسهال شدید باشد. ضدمیکروبها نیز به‌کار می‌روند.
- درمان وریدی برای هیدراسیون سریع در بیماران خیلی جوان یا سالمندان استفاده می‌شود.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به اسهال

بررسی

گرفتن تاریخچه کامل سلامتی به‌منظور تعیین حالت و الگوی اسهال، و موارد زیر:

- هر گونه علائم و نشانه‌های مربوط به اسهال، سابقه درمان دارویی، الگو و رژیم غذایی روزانه و دریافتی، تاریخچه گذشته طبی و یا جراحی و ابتلای اخیر آن به یک بیماری و مشکل حاد، یا مسافرت به دیگر مناطق جغرافیایی.
- انجام بررسی‌های کامل فیزیکی، توجه خاص به سمع (چگونگی و کیفیت صداهای روده)، لمس به منظور یافتن حساسیت و تحریک پذیری شکمی، مشاهده مدفوع (گرفتن نمونه‌ای برای آزمایش).
- مشاهده غشای لایه موکوسی و پوست به‌منظور یافتن سطوح دهیدراسیون و بررسی فشارخون (افت فشارخون وضعیتی).
- مشاهده پوست ناحیه پرینه به‌منظور یافتن آزردگی و تحریک شدگی.
- ثبت جذب و دفع و وزن بیمار.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- اسهال در ارتباط با عفونت، تحریکات غذایی، و یا اختلالات روده‌ای.
- خطر کاهش حجم مایعات در ارتباط با دفع مکرر مدفوع و جذب ناکافی

1- Diphenoxylate
2- Lomotil
3- Loperamide
4- Imodium

مایعات.
- اضطراب در ارتباط با تکرر و دفع کنترل نشده.
- خطر اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با دفع مکرر مدفوع آبکی.

D

مشکلات همراه/ عوارض احتمالی
- دهیدراتاسیون.
- عدم تعادل آب و الکترولیتها.
- دیس ریتمی‌های قلبی.

برنامه‌ریزی و اهداف
اهداف اصلی شامل بازگشت الگوی نرمال روده‌ای، اجتناب از کاهش آب و الکترولیت‌ها، کاهش اضطراب، حفظ تمامیت پوستی ناحیه پرینه، عدم پیدایش عوارض.

مداخلات پرستاری
کنترل اسهال
- تشویق به استراحت در تخت، مایعات، غذای حجم‌کم تا اتمام دوره حاد.
- حفظ و توصیه رژیم مطبوع و ملایم (جامد و نیمه جامد) وقتی که غذای دریافتی تحمل شد.
- تشویق بیمار به محدودیت در دریافت کافئین و نوشیدنی‌های کربناته، اجتناب از غذاهای خیلی داغ یا سرد به علت افزایش حرکات و تحریکات روده‌ای.
- تشویق بیمار به محدود کردن مصرف فرآورده‌های شیر، چربی، همه فرآورده‌های حبوبات و غلات، میوه‌های تازه و سبزیجات برای چندین روز
- استعمال داروهای ضداسهال طبق تجویز.

حفظ تعادل مایع و الکترولیت
- بررسی دهیدراسیون (کاهش تورگور پوستی، تاکیکاردی، کاهش حجم ضربه‌ای، کاهش سدیم سرم، تشنگی).

- برقراری مایعات داخل وریدی طبق دستور برای هیدراته کردن سریع بیمار (در بیماران مسن یا آنها که دچار آسیب‌های گوارشی هستند).
- تشویق به جایگزینی مایع از طریق دهان به شکل آب، آب میوه، آب گوشت رقیق، و مواد آماده تجاری، مثل گاتوراد، دادن مایعات وریدی طبق دستور.
- کنترل دقیق سطوح الکترولیت‌های سرم.
- گزارش فوری وقوع دیس‌ریتمی‌ها یا تغییر در سطح هوشیاری.

هشدار پرستاری: افراد مسن‌تر سریع‌تر دهیدراته می‌شوند و از سطوح پتاسیم پایین و هایپوکالمی که از نتایج اسهال است رنج می‌برند. آموزش به بیماران سالمندی که دیژیتال مصرف می‌کنند که بدانند و آگاه باشند که چگونه دهیدراسیون و هایپوکالمی به سرعت بعد از اسهال به وقوع می‌پیوندد. کمک به بیمار تا علائم هایپوکالمی را بشناسد (که باعث شدت عملکرد دیژیتال شده و منجر به مسمومیت با دیژیتال می‌شود).

کاهش اضطراب

- ایجاد فرصت‌هایی برای بیمار که ترس‌ها یا نگرانی‌های خود را در مورد عدم کنترل و بی‌اختیاری در دفع مدفوع بیان نمایند.
- کمک به یافتن فاکتورهایی که اسهال را تشدید می‌کند. آموزش به بیمار که در مورد سرنخ و نشانه‌های بدنی حساس باشد، استفاده از پوشش‌های جاذب، دریافت و مصرف داروهای ضداضطراب تجویز شده.

تامین مراقبت پوستی

- تأمین بیمار برای ادامه مراقبت‌های روتین از پرینه، مثل خشک‌کردن ناحیه بعد از دفع، شستن با صابون و آب گرم و خشک نگه‌داشتن.
- استفاده از لوسیون‌ها و پماد[1] به‌عنوان سدپوستی، چسب پوستی[2] ممکن است استفاده شود.
- درمان همه بیماران دچار اسهال ناشی از عفونت‌های احتمالی، استفاده از دستکش و توجهات استاندارد در مورد همه بیماران.

1- Ointment 2- Skin sealant



هشدار پرستاری: پوست مالمندان حساس‌تر است و سریع‌تر تحریک می‌شود. چون توزگور پوستی کاهش یافته و لایه‌های چربی زیر جلدی نیز کاهش یافته است.

D

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Disseminated intravascular coagulopathy

انعقاد منتشر داخل عروقی

انعقاد منتشر داخل عروقی (DIC) یک علامت احتمالی از مکانیسم بیماری شدید زمینه‌ای و نهفته تهدیدکننده حیات (خودش به تنهایی بیماری نیست) می‌باشد.

پاتوفیزیولوژی

در DIC، مکانیسم‌های هموستاتیک طبیعی تغییر کرده و لخته‌های کوچک در شبکه‌های کوچک خون‌رسانی بدن تشکیل می‌شود. این لخته‌ها، پلاکت‌ها و فاکتورهای انعقادی را نابود ساخته و در نهایت این فرآیند انعقاد از بین رفته و خون‌ریزی رخ می‌دهد. این اختلالات خون‌ریزی دهنده به‌وسیله سطوح پایین فیبرینوژن شناسایی می‌شود؛ زمان پروتروبین (PT) طولانی‌تر شده، زمان نسبی ترومبوپلاستین (PTT) و زمان ترومبین نیز طولانی‌تر می‌شود؛ شمارش پلاکت‌ها پایین (ترومبوسیتوپنی) و افزایش پایه فرآورده‌های فیبرین (D-dimers) رخ می‌دهد. بسیاری از بیماریهای جدی ممکن است ایجاد DIC نمایند که شامل سپتی‌سمی، جدایی زودرس جفت، بدخیمی‌های متاستاتیک، واکنش‌های انتقال خونی همولیتیک، آسیب‌های بافتی شدید، و شوک می‌باشند.

تظاهرات بالینی

تظاهرات بالینی DIC بستگی به ارگان مبتلا شده به لخته (در نتیجه ایجاد ایسکمی در آن عضو یا قسمتی از عضو) یا خون‌ریزی می‌باشد.

- بیمار ممکن است خون‌ریزی از غشاء مخاطی، بخش‌های سوراخ شده و دستگاه معدی روده‌ای و دستگاه ادراری را تجربه نماید.
- خون‌ریزی ممکن است به‌صورت خون‌ریزی کوچک داخلی و یا به‌صورت خروج خون از همه منافذ بدن باشد.
- البته بیمار ممکن است دچار نقص عملکرد در یک عضو شود مثل نارسایی کلیه و ریه‌ها و ایجاد آنفارکتوس در سیستم عصبی مرکزی در ارتباط با میکروترومبوز، ماکروترومبوز یا خون‌ریزی.
- در شروع، تظاهرات فقط به‌صورت کاهش شمارش پلاکت‌ها است، ولی بعد به‌صورت پیش رونده می‌شود بیمار علائم و نشانه‌های ترومبوز را در اندام‌های درگیر نشان می‌دهد و نهایتاً خون‌ریزی اتفاق می‌افتد (اول به‌صورت زیرکانه و بعد به‌صورت خون‌ریزی واضح و شدید) علائم بستگی به ارگان درگیر شده دارد.

درمان طبی

مهمترین هدف درمان برطرف کردن علت زمینه‌ای بروز DIC می‌باشد. هدف دوم اصلاح تاثیرات ثانویه ایسکمی بافتی به‌وسیله بهبود اکسیژن‌رسانی، جایگزینی مایعات، استفاده از داروهای وازوپرسور می‌باشد. اگر خون‌ریزی شدید اتفاق بیفتد، ممکن است جایگزینی فاکتورهای انعقادی و پلاکت‌ها لازم باشد (جایگزینی فیبرینوژن و فاکتور ۵ و ۷ به‌وسیله کرایوپرسیپیتیت[1]؛ و پلاسمای تازه منجمد برای جایگزینی فاکتورهای انعقادی).

تزریق هپارین، که یک روش درمان بحث‌انگیز است، ممکن است به‌منظور برطرف نمودن ترومبوزها استفاده شود. یکی دیگر از روش‌های درمانی بحث برانگیز شامل استفاده از مهار کننده‌های فیبرینولیتیک است که از آن جمله می‌توان به آمینوکاپروئیک اسید (آمیکار) که باعث کاهش فرآورده‌های پایه فیبرین می‌شود اشاره کرد که به‌وسیله کاهش تجزیه میکروترومبین عمل می‌کند.

1- Cryoprecipitate

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به DIC

بررسی

- توجه و آگاهی از وضعیت بیماران در ریسک بالای ابتلا به DIC (سپسیس و لوسمی پرومیلوسیتیک جزو شایع‌ترین علل می‌باشند).
- بررسی کلی بیماران از نظر تکرار علائم ترومبوس‌ها یا خون‌ریزی و کنترل هر گونه پیشرفت و گسترش علائم.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- خطر کاهش حجم مایعات در ارتباط با خون‌ریزی.
- خطر آسیب به تمامیت پوستی در ارتباط با ایسکمی یا خون‌ریزی.
- خطر افزایش حجم مایعات.
- خطرکاهش پرفیوژن بافتی در ارتباط با میکروترومبوزیس.
- ترس از ناشناخته‌ها و احتمال مرگ.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- نارسایی کلیه.
- گانگرن.
- آمبولی ریوی یا خون‌ریزی.
- تغییر سطوح هوشیاری، سکته.
- سندرم دیسترس تنفسی حاد.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی برای بیماران شامل حفظ سطوح همودینامیک، قوام پوست و مخاط دهان، تعادل مایعات و پرفیوژن بافتی ؛ افزایش تطابق و پیشگیری از عوارض است.

مداخلات پرستاری

حفظ وضعیت همودینامیک

- اجتناب از پروسیجرها و فعالیت‌هایی که باعث افزایش فشار داخل جمجمه

می‌شوند، مثل سرفه و یا کشش.
- کنترل دقیق علائم حیاتی شامل چک‌های عصبی، بررسی مقدار خون خارج شده در اثر خون‌ریزی.
- اجتناب از داروهایی که با عملکرد پلاکت‌ها تداخل ایجاد می‌کنند، در صورت امکان (به‌عنوان مثال آنتی‌بیوتیک‌های بتالاکتام، استیل سالیسیلیک اسید، داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی).
- اجتناب از قرار دادن پروب‌های رکتال یا تزریق عضلانی.
- استفاده از هر ساکشن با فشار پایین.
- برقراری بهداشت دهان به دقت: استفاده سواب‌های اسفنجی، دهانشویه نمکی یا سودا؛ اجتناب از سواب‌های آبلیمو ـ گلیسیرینه، پراکسید هیدروژن، محلول‌های تجارتی دهانشویه.
- اجتناب از کندن و دستکاری لخته‌ها شامل آنهایی که اطراف محل‌های تزریق داخل وریدی، محل‌های تزریق و دهان هستند.

حفظ تمامیت پوستی
- بررسی پوست، با توجه خاص روی نقاط استخوانی و چین خوردگی‌های پوستی.
- تغییر پوزش با دقت زیاد؛ استفاده از بالش‌های کاهنده فشار و پوست‌های پشمی بین انگشتان و اطراف گوشها و مواد جاذب نرم در چین خوردگی‌های پوستی در صورت نیاز.
- انجام مراقبت‌های پوستی هر ۲ ساعت، برقراری و ایجاد بهداشت دهان به دقت (به نکات قبلی نگاه کنید).
- استفاده از فشار طولانی مدت (۵ دقیقه) بعد از هر تزریق.

کنترل عدم تعادل حجم مایع
- سمع صداهای تنفسی هر ۲ تا ۴ ساعت.
- کنترل وجود ادم و وسعت آن.
- کنترل حجم داروهای داخل وریدی و فرآورده‌های خونی، کاهش حجم داروهای داخل وریدی در صورت امکان.
- تجویز دیورتیک‌ها طبق دستور.

بررسی کاهش پرفیوژن بافتی در ارتباط با میکروترومبوس‌ها

- بررسی سیستم عصبی، ریوی و سیستم پوستی.
- کنترل واکنش به درمان با هپارین، کنترل سطوح فیبرینوژن.
- بررسی وسعت خون‌ریزی.
- توقف اپسیلون - آمینوکاپروئیک اسید در صورت مشاهده علائم ترومبوز.

کاهش ترس و اضطراب

- درصورت امکان بررسی مکانیسم‌های تطابق در گذشته و تشویق بیمار به استفاده از آنها در صورت لزوم.
- توضیح همه پروسیجرها و استدلال منطقی به صورتی که بیمار و خانواده قادر به درک آنها باشند.
- کمک به خانواده برای حمایت بیمار.
- در صورت تمایل، خدمات پزشکی رفتاری و معنوی کمک بگیرید.

پایش و اداره‌ی عوارض احتمالی

- اگر لازم است که دیالیز انجام شود، کتترهای دیالیز با دقت زیاد گذاشته شده، و برای تزریق پلاکت و پلاسمای کافی آماده شود.
- کنترل عوارض؛ انجام ارزیابی‌ها به‌منظور شناسایی عوارض و اندیکایسون‌ها (حالات خاص را ببینید).

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- سطوح همودینامیک و علائم حیاتی طبیعی باشد؛ حفظ شرایط بدون خونریزی.
- تمامیت پوستی و غشای مخاطی دهان را بدون هیچ‌گونه شکنندگی نشان دهد.
- نداشتن هیچ‌گونه ادم یا مقدار کمی ادم و جلوگیری از ترومبوز.
- گزارش کاهش ترس و اضطراب.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

اختلالات دیورتیکولی Diverticular Disorder

دیورتیکولوم بیرون‌زدگی کیسه مانند یا فتق در مسیر روده (لایه مخاط و یا زیر مخاطی) است که در نتیجه ضعف قسمتی از لایه عضلانی ایجاد شده است. دیورتیکول ممکن است در هر بخش از درازای مسیر معدی ـ روده‌ای اتفاق بیفتد. دیورتیکولوزیس[1] در مواقعی که تعداد زیادی دیورتیکول بدون وجود التهاب یا علامتی خاص وجود داشته باشند ظاهر می‌شود. دیورتیکولیت وقتی که غذا و باکتری در داخل دیورتیکول باقی بماند، رخ می‌دهد که منجر به ایجاد عفونت و التهاب مضاعف شده و باعث به تاخیر انداختن خروج غذا شده و باعث سوراخ‌شدن و یا ایجاد آبسه می‌شود. در حملات حاد یا تداوم حالت مزمن یا عفونت‌های مخفی ممکن است رخ دهد. التهاب دیورتیکول در قسمت کولون سیگموئید رایج‌تر است. بد قرار گرفتن‌های مادرزادی و برخی استعدادها یا عفونت‌های مخفی مادرزادی مثل زمانی که اختلالات در افرادی رخ می‌دهد که زیر ۴۰ سال سن دارند از علل ایجاد کننده است. دیورتیکولوزیس بیشتر در افراد بالای ۶۰ سال شیوع دارد. دریافت کم فیبر در رژیم غذایی جزو مهمترین فاکتورهای مستعدکننده می‌باشد. عوارض التهاب دیورتیکول شامل ایجاد فیستول، انسداد، پریتونیت، تشکیل آبسه، و خون‌ریزی می‌باشد.

تظاهرات بالینی

دیورتیکولوزیس

- اغلب اوقات، نشانه‌های مورد توجه ایجاد مشکل خاصی نمی‌کنند؛ یبوست ناشی از سندرم کولون اسپاستیک اغلب زودتر بروز می‌کند.
- اسهال و روده غیرطبیعی و تحریک‌پذیر.
- دردهای کرامپی در ربع تحتانی چپ شکم.
- تب با درجه پایین.
- استفراغ و بی‌اشتهایی و برخی حالات تورم یا نفخ شکم.

1- Diverticulosis

D

التهاب دیورتیکول (دیورتیکولیت)

- محدودشدن قسمت‌های زیادی از روده با تنگی‌های محدودکننده فیبروتیک.
- کرامپ، مدفوع باریک شده، افزایش ابتلا به یبوست.
- خون‌ریزی مخفی.
- ضعف، خستگی و بی‌اشتهایی.
- تحریک‌پذیری، لمس توده، تب، و لکوسیتوز، که ممکن است در صورت توسعه آبسه‌ها گواه بیماری هستند.
- درد شکمی، شکم شبیه تخته چوب سخت و غیر قابل انعطاف، عدم وجود صداهای روده‌ای، علائم و نشانه‌های شوک، که ممکن است نشان دهنده پریتونیت باشند.
- سپتی سمی در صورتی که حالات باقی مانده و درمان نشود.

بررسی و یافته‌های تشخیص

- توموگرافی کامپیوتری (CT) اسکن (پروسیجر انتخابی است).
- مطالعات رادیوگرافی (تنقیه باریم، مگر این که تحریک پریتونئال ایجاد کند).
- کولونوسکوپی.
- شمارش کامل سلول‌های خونی (شمارش سلول‌های سفیدخون و سرعت افزایش سدیمان).

ملاحظات سالمندی

بروز بیماری‌های دیورتیکولی با سن افزایش می‌یابد، چون تغییرات ساختاری و دژنراسیون‌ها در خون‌رسانی لایه‌های عضلانی کولون اختلال ایجاد کرده و باعث هایپرتروفی سلولی می‌شود. نشانه‌ها در میان سالمندان کمتر چشمگیر بوده و ممکن است درد شکمی را تا زمانی که عفونت اتفاق بیفتد تجربه نکنند. وجود خون در مدفوع ممکن است مکرراً از دید پنهان بماند چرا که نقص در بررسی مدفوع یا ناتوانی در دیدن تغییرات به علت کاهش بینایی وجود دارد.

درمان طبی

درمان دیورتیکولوزیس خفیف

فیبر زیاد در رژیم به‌منظور پیشگیری از یبوست توصیه می‌شود.

D

درمان دیورتیکولیت خفیف تا متوسط

بیمار باید تشویق به مصرف مایعات رقیق (آبکی) شود تا زمانی که علائم التهاب برطرف شود، سپس رژیم پرفیبر و کم چربی توصیه می‌شود. آنتی‌بیوتیک‌ها به مدت ۱۰-۷ روز تجویز شده و ملین‌های حجیم نیز تجویز می‌شود.

درمان مشکلات شدید

- بیماران با علائم شدید و اغلب آنهایی که مسن‌تر هستند، یا سیستم ایمنی نارسا دارند، یا تحت درمان استروئیدی می‌باشند، باید بستری شوند. روده‌ها با قطع موقت جذب دهانی مواد استراحت کرده، مایعات وریدی برقرار شده و ساکشن بینی معدی انجام می‌شود.
- آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف و ضددردها تجویز می‌شود. دریافت دهانی وقتی علائم تعدیل شد افزایش می‌یابد. رژیم کم فیبر ممکن است تا زمانی که علایم عفونت کاهش یابد، ضروری باشد.
- برای دردهای اسپاستیک، ضداسپاسم‌ها قبل از وعده‌های غذایی و هنگام خواب داده می‌شود. مسکن‌ها و آرامبخش‌ها و ترکیبات ضدمیکروبی ممکن است نیاز شود.
- مدفوع می‌تواند با حجیم‌سازی تقویت‌شده (متاموسیل[1])، نرم‌کننده‌های مدفوع، انما با روغن گرم، و شیافهای تخلیه‌کننده به صورت نرمال درآید.

درمان جراحی

جراحی (برداشتن) معمولاً فقط زمانی لازم است که پارگی و پرفوراسیون، پریتونیت، شکل‌گیری آبسه، خون‌ریزی، یا انسداد رخ داده باشد. عود دیورتیکول رایج است. نوع جراحی‌های انجام شده متفاوت است که بر طبق

1- Metamucil

پیش‌رفت و توسعه عوارض (برش یک مرحله‌ای یا برش‌های چند مرحله‌ای) متفاوت خواهد بود. در بعضی موارد انحراف مسیر مدفوعی (کولستومی) ممکن است انجام شود.

D

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به دیورتیکولیت

بررسی

- بررسی تاریخچه سلامت، شامل شروع و مدت درد، عادات رژیمی (دریافت فیبر)، الگوهای دفع گذشته و حال، (مدفوع با فشار، یبوست یا اسهال، تنسموس [انقباض و اسپاسم اسفنکر آنال با درد و فشار مضاعف هنگام دفع]).
- سمع جهت بررسی و وجود و چگونگی صداهای روده‌ای، لمس برای یافتن تحریک‌پذیری، درد، یا وجود توده در ربع تحتانی چپ، مشاهده و بررسی مدفوع از نظر چرک، موکوس یا خون. کنترل فشارخون، درجه حرارت و نبض برای یافتن تغییرات غیرطبیعی.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- یبوست در ارتباط با محدودیت کولون ثانویه به ضخیم‌شدن بخش‌های مخاطی و عضلانی و سخت‌شدن آنها.
- درد در ارتباط با التهاب و عفونت.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- پریتونیت.
- تشکیل آبسه.
- خون‌ریزی.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی در بیمار ممکن است شامل بدست آوردن و حفظ دفع نرمال، کاهش درد، بهبود خون‌رسانی بافت‌های معدی روده‌ای، عدم ایجاد عوارض احتمالی می‌باشد.

مداخلات پرستاری

حفظ الگوی دفع طبیعی

- افزایش دریافت مایعات به ۲ لیتر روزانه با محدودیت در بیماران قلبی و نقص کلیوی.
- تجویز غذاهای نرم که ذخیره فیبر زیادی دارند.
- تشویق به برداشتن برنامه ورزش فردی برای بهبود تن عضلات شکمی.
- مرور عادات بیمار برای تعیین زمان‌های خوردن و انجام دفع.
- تشویق بیمار به دریافت روزانه ملین‌های حجیم (مثل، متاموسیل، نرم کننده‌های مدفوع، یا انمای برگشتی روغن).

کاهش درد

- تجویز ترکیبات ضددرد برای درد و داروهای ضداسپاسم.
- ثبت و کنترل شدت، مدت و منطقه درد.

پایش و اداره‌ی عوارض احتمالی

- مشخص کردن بیماران در خطر.
- بررسی برای شانس وقوع پرفوراسیون (سوراخ شدگی): تحریک، شکم سخت و غیرانعطاف‌پذیر، افزایش شمارش گلبولهای سفید، افزایش سرعت سدیمانتاسیون، افزایش درجه حرارت، تاکیکاردی و افت فشارخون.
- سوراخ شدگی یک اورژانس جراحی است: کنترل علائم حیاتی و برونده ادراری، و تجویز مایعات وریدی طبق‌دستور.

ارزیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- یک الگوی دفع نرمال داشته باشد.
- هیچ درد و ناراحتی را تجربه نکند.
- بدون هیچ گونه عوارضی بهبود یابد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.



Emphysema, pulmonary — آمفیزم ریوی

آمفیزم ریوی، به عنوان یک اتساع غیرطبیعی، همیشگی و دائمی حضور هوا در فضای ریوی به همراه تخریب دیواره‌های آلوئولی شناخته می‌شود که در نهایت به کاهش بستر مویرگی ریوی منجر می‌شود. آمفیزم به عنوان مرحله آخر پروسه‌هایی که برای سالهای طولانی رشدی آهسته داشته‌اند، محسوب می‌شود. کشیدن سیگار علت اصلی آن است. در تعداد کمی از بیماران استعداد خانوادگی به همراه آنومالی یکی از پروتئین‌های پلاسما (نقص در آنزیم آلفا یک آنتی‌تریپسین[1]) تظاهر می‌یابد که این نقص بیمار را نسبت به فاکتورهای محیطی حساس‌تر می‌کند (مثل آلوده‌کننده‌های هوا، ترکیبات عفونی، آلرژن‌ها). آمفیزم در دهه پنجم زندگی شیوع داشته و طبقه‌بندی آن به شرح زیر است:

- تمام لوبولار[2] (پاناسینار[3]): که با آسیب به برونشیول‌های تنفسی، مجرای آلوئولی و آلوئلار با فضاهای هوایی داخل لوب‌های ریوی که بزرگ شده‌اند، یا اندکی بیماری‌های التهابی تظاهر می‌یابد.
- مرکز لوبولی[4] (سنتریاسینار[5]): به‌علت تغییرات پاتولوژیک در مرکز لوبول‌های ثانویه، باعث ایجاد هایپوکسمی مزمن، هایپرکاپنه، پلی‌سایتمی، و درجاتی از نارسایی قلب راست می‌شود.

هر دو نوع آمفیزم می‌توانند با هم نیز رخ دهند.

1- Alpha - 1 - antitrypsin
2- Panlobular
3- Panacinar
4- Centrilobular
5- Centriacinar

تظاهرات بالینی

- دیس‌پنه به همراه شروع ناگهانی پیش‌رونده تا دیس‌پنه شدید با میزان تلاش اندک (علامت اصلی).
- سرفه مزمن، ویزینگ، دیس‌پنه، خستگی و تاکی‌پنه.
- در مشاهده، سینه بشکه‌ای[1] در ارتباط با احتباس هوا، ضعف عضلانی و تنفس لب غنچه‌ای
- در سمع، کاهش صداهای تنفسی یا کراکل، ویز، خرخر[2] و بازدم طولانی وجود دارد.
- هایپررزونانس با دق و کاهش لرزش لمسی[3]
- بی‌اشتهایی، کاهش وزن، ضعف و عدم فعالیت
- هایپوکسمی و هایپرکاپنه، و سردرد صبحگاهی در مراحل پیش‌رفته
- واکنش‌های التهابی و عفونی در اثر تجمع ترشحات

بررسی و روش‌های تشخیص

ارزیابی‌های اولیه مستلزم انجام رادیوگرافی قفسه‌سینه، توموگرافی کامپیوتری (CT) قفسه‌سینه، تستهای کارکردی ریوی، پالس‌اکسیمتری، گازهای خونی و شمارش کامل سلول‌های خونی است.

عوارض

نارسایی قلب راست (کورپولمونال) منجر به سیانوز و نارسایی تنفسی

درمان طبی

اهداف اصلی درمان طبی شامل بهبود کیفیت زندگی، پیش‌رفت کند بیماری، و درمان انسداد راه‌های هوایی به‌منظور تسکین هایپوکسی می‌باشد. درمان مستقیماً بر پایه بهبود تهویه، کاهش کار تنفسی و پیشگیری از عفونت است.

- درمان جسمی برای ذخیره و افزایش تهویه ریوی.

1- Barrel chest

2- Rhonchi

3- Tactile Fremitus

- حفظ و ایجاد حالت‌های محیطی و شرایط مطلوب برای تسهیل تنفس
- حمایت روحی روانی.
- بیمار را تحت برنامه‌های آموزشی و بازتوانی قرار دهیم.
- برونکودیلاتورها و دوزهای منظم داروهای استنشاقی (آئروسل‌تراپی، پخش کردن ذرات دارویی به‌صورت قطرات ریز).
- درمان عفونت (درمان ضدمیکروبی هنگام مشاهده اولین علائم عفونت ریوی).
- فواید درمان با کورتیکواستروئیدها هنوز به درستی مشخص نشده.
- دادن O_2 با غلظت کم برای هایپوکسمی شدید.

برای افزایش اطلاعات به ملاحظات پرستاری در بیماری‌های مزمن انسدادی ریوی مراجعه نمائید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۴، *درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث*، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

آمپیم Empyema

آمپیم به مجموعه‌ای از حالاتی گفته می‌شود که مایعات عفونی (عفونت) یا چرک در حفره ریه تجمع می‌یابد. در ابتدا مایعات ریوی در حجم کم، اما بعد به صورت فیبرین چرکی پیشرفت کرده و سپس به سمت مرحله‌ای پیش می‌رود که تمام ریه به وسیله یک غشاء اگزودایی ضخیم پوشیده می‌شود (آمپیم حفره‌ای[1]).

تظاهرات بالینی

- تب، تعریق شبانه، درد ریه، سرفه، دیس‌پنه، بی‌اشتهایی و کاهش وزن.
- کاهش یا فقدان صداهای تنفسی؛ دق روی قفسه‌سینه حالت مسطح؛ کاهش لرزش لمسی.

بررسی و روش‌های تشخیص

- سمع قفسه‌سینه، که کاهش یا فقدان صداهای تنفسی را در منطقه درگیر نشان می‌دهد؛ حالت مسطح در دق قفسه‌سینه؛ کاهش لرزش.

1- Loculated empyema

● رادیوگرافی قفسه‌سینه، سی تی اسکن قفسه‌سینه و کشیدن مایع از ریه‌ها[1].

درمان طبی

هدف از درمان جریان یافتن محتویات حفره ریه و تقویت اتساع کامل ریه‌ها می‌باشد. این کار با درناژ کافی، آنتی‌بیوتیک (مقادیر زیاد) استرپتوکیناز[2] و یا ترکیبی از این‌ها امکان‌پذیر است. درناژ مایعات ریوی به مرحله بیماری و روش‌های زیر بستگی دارد:

● آسپیراسیون سوزنی[3] (توراسنتز) در صورتی که ترشحات خیلی غلیظ در صورت لزوم نباشد.

● قرار دادن سوند به وسیله تراکنوستومی و سیستم درناژ واترسیل[4]، به همراه ترکیبات فیبرینولیتیک که از طریق سوند به صورت قطره قطره وارد قفسه‌سینه می‌شود.

● برقراری درناژ باز قفسه‌سینه به‌منظور خارج‌کردن محتویات حجیم، چرک و همچنین دبرید و جداکردن بافت‌های ریوی درگیر بیمار.

● جراحی به منظور برداشتن بخش‌هایی از ریه، در صورتی که التهاب برای مدت زیادی طول بکشد.

تدابیر پرستاری

● تامین مراقبت‌های خاص در روش‌های درناژ مایعات ریوی.

● کمک به بیمار به تطابق با وضعیت؛ و توصیه به انجام تمرینات تنفسی اتساع‌دهنده ریه (تنفس لب غنچه‌ای[5] و دیافراگمی[6]). به منظور اطلاعات بیشتر مداخلات پرستاری قبل از عمل را ببینید.

● توصیه به بیمار و خانواده در مورد مراقبت از سیستم درناژ و محل آن و اندازه‌گیری و مشاهده مواد خروجی.

● آموزش به بیمار و خانواده در مورد علائم و نشانه‌های عفونت و این که

1- Thoracentesis
2- Streptokinase
3- Needle aspriation
4-Water-seal
5- Pursed. lip Respiration
6- Diaphragmatic breathing

چگونه و در چه زمان باید با تامین‌کننده مراقبتهای سلامتی تماس بگیرند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۳، ***درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث***، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

E

آندوکاردیت عفونی Endocarditis, Infective

عفونت آندوکارد (آندوکاردیت باکتریال) یکی از عفونت‌های دریچه‌ای و سطوح آندوتلیال قلب می‌باشد، که با تهاجم مستقیم باکتری یا دیگر ارگانیسم‌ها ایجاد شده و به دفرمیتی لتهای دریچه منجر می‌شود. علل ارگانیسمی شامل بسیاری از باکتری‌ها (به عنوان مثال استرپتوکوک، پنوموکوک، استافیلوکوک)، قارچها، ریکتزیا می‌باشد.

عوامل خطر

- بیماری‌های دریچه‌ای قلب، بیماری‌های روماتیسمی قلب، پرولاپس دریچه میترال و جراحیهای ترمیم دریچه.
- سن: آندوکاردیت عفونی در افراد سالمند رایج‌تر است چرا که واکنش‌های ایمنولوژیک در آنها کاهش یافته، و تغییرات متابولیکی در آنها رخ داده، و روش‌های تشخیصی تهاجمی افزایش دارد.
- استفاده از داروهای داخل وریدی: در میان مصرف‌کنندگان داروهای داخل وریدی آندوکاردیت استافیلوکوکی شیوع بسیار بالایی دارد.
- بستری شدن در بیمارستان: آندوکاردیت اغلب اوقات در بیماران بستری در بیمارستان شایع‌تر است یا در بیمارانی که کتترهای مختلف برایشان گذاشته شده و یا آنهایی که درمان آنتی‌بیوتیک یا دریافت طولانی مدت مایعات وریدی دارند.
- سرکوب ایمنی: بیمارانی که داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی یا استروئید دریافت می‌کنند ممکن است به آندوکاردیت قارچی مبتلا شوند.

تظاهرات بالینی

- شروع موذیانه؛ علائم و نشانه‌ها با شدت یافتن عفونت توسعه یافته، تخریب دریچه‌های قلب، یا رسوب موادی روی بخش‌های مختلف قلب ایجاد

می‌شود.

- تظاهرات عمومی شامل ترکیبی از شکایات مبهم، احساس ناخوشی، بی‌اشتهایی، کاهش وزن و درد پشت و مفاصل می‌باشد.
- تب مستغیر است، ممکن است در بیمارانی که آنتی‌بیوتیک یا کورتیکواستروئید دریافت کرده‌اند یا بیماران مسن، یا بیمارانی با نارسایی قلبی و یا نارسایی کلیه وجود نداشته باشد
- خون‌ریزی خطی زیر ناخن‌های انگشتان و شست و پتشی در غشای مخاطی بدن و ملتحمه.
- خون‌ریزی‌ها با مراکز رنگ پریده (رات اسپات[1]) در ته چشمها.
- ندول‌های کوچک دردناک[2] در انگشتان و شستها ایجاد می‌شود.
- ظهور علائم قلبی: بزرگ شدن قلب، نارسایی قلب و سوفل‌های قلبی (ممکن است در ابتدا وجود نداشته باشد)؛ ممکن است در اثر تخریب دریچه‌ای سوفل‌ها شدت یابند.
- تظاهرات سیستم عصبی مرکزی: سردرد، وقوع ایسکمی مغزی، ضایعات عصبی، سکته.
- آمبولی در دیگر سیستم‌ها تظاهر می‌یابد که در ریه (پنومونی عودکننده، آبسه‌های ریوی)، کلیه (هماچوری و نارسایی کلیه)، طحال (درد ربع فوقانی چپ)، و قلب (انفارکتوس میوکارد)، مغز (سکته)، و عروق محیطی.

بررسی و روش‌های تشخیص

تشخیص اندوکاردیت عفونی حاد وقتی انجام می‌شود که عفونت شروع و به سرعت منجر به آسیب به دریچه‌ها شده است، که ممکن است در طی روزها تا هفته‌ها طول بکشد.

عوارض

نارسایی قلبی، عوارض عروق مغزی، تنگی دریچه‌ای یا نارسایی، آسیب به

1- Roth's spots

2- Osler's nodes

میوکارد، آنوریسم میکوتیک[1] (قارچی).

درمان طبی

اهداف درمان شامل مقابله با ارگانیسم مهاجم به وسیله دوز مناسب و کافی از داروها و ترکیبات ضدمیکروبی (تداوم درمان داخل وریدی برای ۶-۲ هفته در منزل). معیارهای درمان شامل:

- جداسازی ارگانیسم مسئول از کشت نمونه خون بیمار. کشت‌خون برای سنجش و کنترل زمینه درمان و شیوه آن انجام می‌شود.
- کنترل درجه حرارت بیمار برای سنجش تأثیر درمان.
- بعد از خلاصی از پروسه عفونی، تخریب شدید دریچه‌ای ممکن است نیاز به جایگزین ساختن دریچه را مطرح سازد. به عنوان مثال اگر نارسایی قلبی توسعه یابد، اگر بیمار دچار بیش از یک آمبولی سیستمیک شدید باشد، اگر عفونت قابل کنترل نبوده یا دوباره عود کند، یا اگر عفونت منشاء قارچی داشته باشد جراحی تعویض دریچه‌ای لازم است.

تدابیر پرستاری

- تامین حمایت روحی روانی هنگامی که بیمار در منزل یا بیمارستان باید تحت درمان تهاجمی داخل وریدی قرار بگیرد.
- اگر بیمار درمان جراحی دریافت کرده، انجام مراقبت‌های بعد از عمل و توجه به او.
- بعد از جراحی، کنترل درجه حرارت بیمار، تب ممکن است هفته‌ها باقی بماند.
- کنترل علائم و نشانه‌های آمبولی سیستمیک، یا برای بیمارانی با آندوکاردیت راست قلبی، علائم و نشانه‌های آنفارکتوس ریوی یا انفیلتراسیون را باید تحت نظر داشت.
- بررسی علائم و نشانه‌های تخریب عضو مثل حمله (CVA، سکته مغزی)، منتژیت، نارسایی قلبی، انفارکتوس میوکارد، گلومرولونفریت، و اسپلنومگالی.
- توصیه و راهنمایی بیمار و خانواده در مورد محدودیت فعالیت، دارو درمانی،

1- Mycotic Aneurysms

و علائم و نشانه‌های عفونت.

- تلقین به بیمار برای ادامه آنتی‌بیوتیک‌های پروفیلاکسی (پیش‌گیری‌کننده) که برای بیماران با اندوکاردیت عفونی یا آنهایی که تحت پروسیجرهای تهاجمی قرار گرفته‌اند ضروری است.
- ارجاع به پرستار مراقبت در منزل و کنترل درمان آنتی‌بیوتیک‌های داخل وریدی در منزل، برای افزایش اطلاعات در مورد پرستاری، بخش مراقبت‌های پرستاری قبل و بعد عمل را ببینید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۹، *درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث*، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

آندوکاردیت روماتیسمی Endocarditis, Rheumatic

آندوکاردیت روماتیسمی با تب روماتیسمی که به علت گروه عفونت‌زای استرپتوکوک‌های بتاهمولیتیک A ایجاد می‌شود، تظاهر می‌یابد.

پاتوفیزیولوژی

عوامل عفونی بافت را مورد تهاجم قرار نمی‌دهند بلکه باعث افزایش حساسیت یا واکنش در پاسخ به استرپتوکوک همولیتیک می‌شوند. تب روماتیسمی همه مفاصل استخوانی را تحت تاثیر قرار داده و ایجاد پلی‌آرتریت می‌کند. تخریب و آسیب شدید وقتی است که عوارض در قلب ایجاد شود (قلب تحت تاثیر قرار گیرد). اندوکاردیت روماتیسمی با رسوب و جوانه‌های شفاف بسیار کوچک که به مهره‌هایی کوچک شباهت دارد و به اندازه سر سوزن می‌باشند تظاهر می‌یابد، که روی لبه‌های آزاد لت‌های دریچه‌ها روی یک صف چیده شده‌اند. لت‌ها کم‌کم کوتاهتر شده و ضعیف‌تر از حالت نرمال می‌شود، که از بسته‌شدن کامل و عملکرد درست دریچه جلوگیری می‌کند. در نتیجه نارسایی دریچه (نشت)[1] رخ می‌دهد؛ رایج‌ترین حالت نارسایی میترال است. تعداد کمی از بیماران دچار بیماری و ضعف بحرانی و شدید شده که با نارسایی قلبی، دیس‌ریتمی‌های شدید و پنومونی روماتیسمی در ارتباط است.

1- Leakage

میوکاردیوم می‌تواند برای مدتی این نقص دریچه‌ای را بخوبی جبران نماید، اما دیر یا زود وقتی عدم توانایی در جبران نمودن نقایص رخ دهد، نارسایی قلبی اتفاق می‌افتد.

E

تظاهرات بالینی

- نهایتاً، سوفل‌های قلبی در نتیجه تنگی دریچه‌ای، نارسایی، یا هر دو با هم تظاهر می‌یابد که در سمع قابل شنود است، «لرزش[1]» ممکن است در لمس مشخص شود.
- علائم قلبی بستگی به این دارد، که کدام سمت قلب درگیر شده باشد. شدت علائم به اندازه و منطقه ضایعه بستگی دارد.
- دریچه میترال در اغلب اوقات درگیر می‌شود، که باعث ایجاد علائم نارسایی قلب چپ می‌گردد: تنفس بریده و کوتاه، کراکل و ویزینگ.

بررسی و روش‌های تشخیص

کشت حلق به‌منظور تشخیص صحیح عفونت استرپتوکوکال باید انجام شود.

درمان طبی

اهداف درمان طبی شامل مقابله با ارگانیسم مسئول ایجاد بیماری و جلوگیری از اضافه شدن عوارض، می‌باشد، مثل ترومبوآمبولی که اتفاق می‌افتد. پیشگیری زودرس وضعیت را بهتر کرده و درمان کافی عفونت استرپتوکوکال در همه بیماران لازم است. درمان با آنتی‌بیوتیک طولانی مدت در اولویت است. پنی‌سیلین وریدی درمان انتخابی است. اگر اختلال عملکرد دریچه خفیف باشد. و بیماری نه چندان شدید و پمپ‌کردن مؤثر قلب صورت بگیرد، نیازی به درمان طولانی مدت نمی‌باشد.

تدابیر پرستاری

نقش کلیدی پرستار در آندوکاردیت عفونی آموزش به بیمار در مورد بیماری،

1- Thrills

درمان آن و مراحل لازم برای پیش‌گیری از عوارض است.

- آموزش به بیمار در مورد عملکرد عفونت استرپتوکوکال و نیاز به درمان اساسی و کافی آنها و کنترل همه‌گیری آنها است.
- آموزش به بیماران مستعد که ممکن است درمان دارویی آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی طولانی مدت نیاز داشته باشند و ممکن است نیازمند به دریافت آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی قبل از انجام پروسیجرها، مثل چک‌آپ دندان پزشکی باشند.
- توضیح این که برخی روش‌های تشخیص غیر رایج مثل سیستوسکوپی، نیز نیازمند به مصرف آنتی‌بیوتیک‌های پروفیلاکسی می‌باشد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۹، *درستنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث*، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

اندومتریوز Endometriosis

آندومتریوز یک ضایعه خوش‌خیم با سلول‌هایی مشابه سلول‌های لایه پوششی رحم می‌باشد، که گاهی به‌صورت نابجا خارج از رحم در حفره لگن رشد می‌کنند. در حین قاعدگی، ضایعه خون‌ریزی کرده (پسودوکیست[1])، و اغلب در مناطقی که امکان خروج خون وجود ندارد منجر به چسبندگی، کیست، اسکار در بافت، درد، و نازایی می‌شود. بافت اندومتر می‌تواند از طریق مجاری لنفاوی یا عروقی انتشار یابد. میزان شیوع بالای بیماری در افرادی که دیرتر بچه‌دار شده و یا فرزندان کمی دارند بیشتر است. بیشتر در زنان جوان بین ۲۵-۳۵ سال که زایمان و حاملگی نداشته‌اند رخ می‌دهد. استعداد خانوادگی به اندومتریت مشاهده شده است. اندومتریوز علت اصلی نازایی می‌باشد.

تظاهرات بالینی

- علائم مختلفی با منطقه درگیر در بافت اندومتر ظاهر می‌شود. علامت اصلی نوعی دیس‌منوره است: ناراحتی و درد لگنی (درد عمقی در زیر شکم،

1- Pseudocyst

واژن، خلف لگن و پشت)، که ۱ تا ۲ روز قبل از شروع سیکل قاعدگی و ۳-۲ روز بعد از آن به طول می‌انجامد.

- بعضی از بیماران هیچ دردی ندارند.
- خون‌ریزی غیرطبیعی از رحم و دیسپارونی[1] (مقاربت دردناک[2]) ممکن است رخ دهد.
- استفراغ و اسهال ممکن است به همراه افسردگی، عدم کار کردن در ارتباط با درد، و مشکلات رفتاری گزارش شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

لاپاراسکوپی کمک به تشخیص نموده و به مرحله‌بندی بیماری کمک می‌کند.

درمان طبی

درمان به نشانه‌ها، میل به داشتن حاملگی و توسعه بیماری بستگی دارد. در موارد بدون علامت، معاینات روتین ممکن است همه آن چیزی باشد که لازم است. دیگر درمان‌ها شامل ارزیابی‌های تسکینی (ترکیب ضددرد، هورمون درمانی، مهارکننده‌های پروستاگلندین، و جراحی). حاملگی علائم را کم می‌کند چرا که در این صورت تخمک‌گذاری و قاعدگی انجام نمی‌گیرد.

درمان دارویی

- ترکیبات ضدبارداری خوراکی به‌منظور سرکوب قاعدگی و کاهش و تسکین درد استفاده می‌شود.
- اندروژن‌های سینتتیک، دانازول[3] (دانوکرین[4]) باعث ایجاد آتروفی در آندومتر شده و آمنوره متعاقب آن رخ می‌دهد (دانازول گران قیمت بوده و ممکن است عوارض جانبی زیادی چون خستگی، افسردگی، افزایش وزن، پوست چرب، کاهش اندازه پستان‌ها، آکنه خفیف. آتروفی واژن ایجاد کند).

1- Dyspareunia
2- Painful intercourse
3- Danazol
4- Danocrine

- هورمون‌های آگونیست تجزیه‌کننده گنادوتروپین (GnRH[1]) یا بلاک‌کننده‌های GnRH (نافرلین استات[2] [سینارل[3]]) منجر به کاهش فراورده‌های استروژنی و متعاقباً آمنوره شده، این ترکیب به‌وسیله اسپری بینی دوبار در روز تا ۶ ماه استفاده می‌شود. عوارض جانبی مربوط به کاهش فراورده‌های استروژن می‌باشد.

درمان جراحی

- لاپاراسکوپی به‌منظور برش و جایگزین کردن کاشت‌های لایه آندومتر و یا به‌منظور تجزیه و (برداشتن) چسبندگی‌ها.
- جراحی با لیزر به‌منظور منعقد کردن یا تبخیر کاشت‌های اندومتر و از بین‌بردن آندومتریوز.
- سایر روش‌های جراحی ممکن است شامل لاپاراتومی، برداشتن دو طرفه لوله‌های رحم، هیسترکتومی شکمی، برداشتن تخمدان، و آپاندکتومی باشد.

تدابیر پرستاری

- گرفتن تاریخچه سلامتی و معاینات جسمی با توجه و تمرکز روی علائم و وقتی که علائم ظاهر و مدت زمانی که علائم به طول می‌انجامد و یافتن تمایلات زنان به دوباره باردار شدن.
- بررسی درد، ارزیابی روش‌های تجویز و مصرف داروهای تسکین‌دهنده درد.
- توضیح روش‌های مختلف تشخیصی به‌منظور کاهش اضطراب بیمار.
- تامین حمایت عاطفی زنان و همسران آنها که آرزو دارند بچه‌دار شوند.
- بررسی و متوجه شدن این موضوع که ممکن است بارداری به سهولت انجام نشود، پس راهنمایی و هدایت آنها به مراکز خاص و توضیح و تفسیر

1- Gonadofropin - releasing Hormone

2- Nafarelin acetate

3- Synarel

روش‌های موجود مثل حاملگی خارج رحمی (IVF[1]) یا فرزند خواندگی.
- تشویق بیمار برای درمان دیسمنوره و خون‌ریزی غیرطبیعی.
- راهنمایی بیمار به مراکز معرفی شده در مورد آندومتریوز تا اطلاعات و حمایت کافی را بدست بیاورند.

E

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۷، *درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث*، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

اپیدیدیمیت Epididymitis

اپیدیدیمیت به عفونت اپیدیدیم گفته می‌شود که معمولاً در نتیجه عفونی شدن پروستات یا عفونت دستگاه ادراری رخ می‌دهد. البته ممکن است به عنوان یکی از عوارض سوزاک ایجاد می‌شود. در مردان جوان‌تر از ۳۵ سال، بیشترین علت ایجاد آن عفونت *کلامیدیا تراکوماتیس* می‌باشد.

تظاهرات بالینی
- درد یک طرفه و زخم در کانال اینگوئینال و در طول کانال وازودفران می‌باشد.
- درد و ادم در اسکروتوم و آلت و کشاله ران
- اپیدیدیم متورم و دردناک؛ افزایش درجه حرارت
- پیوره و باکتریوری (چرک و باکتری در ادرار) در نتیجه تب و لرز.

درمان طبی
- اگر در ۲۴ ساعت اول بعد از شروع درد دیده شود، طناب اسپرماتیک ممکن است در اثر تزریق ترکیبات بیهوش‌کننده موضعی به‌منظور تسکین یافتن بی‌حس شود.
- اگر منشأ عفونت کلامیدیا باشد، بیمار و شریک جنسی او باید با آنتی‌بیوتیک‌ها درمان گردند.
- مشاهده برای یافتن تشکیل آبسه.

1- In vitro fertilization

- اگر طی ۲ هفته بهبودی حاصل نشد، احتمال وجود تومور نهفته بیضه وجود دارد.
- اپیدیدیمکتومی[1] (برش اپیدیدیم از بیضه) برای مواقع عود، وقوع ناگهانی یا حالات دردناک انجام می‌شود.

تدابیر پرستاری

- استراحت مطلق بیمار با بالا قراردادن اسکروتوم با (به وسیله‌ی پل بیضه‌ای) یا قراردادن یک حوله چین خورده و تا شده به منظور پیشگیری از کشش روی طناب اسپرماتیک و بهبود درناژ وریدی و کاهش و تسکین درد.
- دادن داروهای ضدمیکروبی طبق تجویز.
- قراردادن کمپرس سرد به صورت متناوب روی اسکروتوم به‌منظور کمک به تسکین درد؛ و بعد گرمای موضعی یا حمام نشسته ممکن است منجر به تحلیل پروسه التهابی گردد.
- دادن ترکیبات ضددرد طبق تجویز برای تسکین درد
- توصیه به بیمار به اجتناب از کشش، بلندکردن اجسام و یا تحریک جنسی تا زمانی که عفونت تحت کنترل درآید.
- توصیه به بیمار که ضددردها و آنتی‌بیوتیک‌ها را مداوماً طبق تجویز مصرف نماید و استفاده از کیسه یخ برای ناراحتی در صورت لزوم
- توضیح این که ممکن است حدود ۴ هفته یا بیشتر طول بکشد تا اپیدیدیم به حالت نرمال اولیه برگردد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۹، ***درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث***، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

1- Epididymectomy

صرع Epilepsy

صرع در حقیقت از نشانه‌های اختلال در عملکرد مغزی است که با حملات تشنجی عودکننده مشخص می‌شود. ممکن است با فقدان هوشیاری، افزایش حرکات یا فقدان تون عضلانی و یا حرکات و تغییرات رفتاری، و خلقی و تغییرات حسی ادراکی و حساسیت، تظاهر یابد. پایه‌ی این مشکل یک آسیب و تخریب الکتریکی است (دیس ریتمی) که در سلول‌های عصبی یک بخش مغز ایجادشده و آنها را وادار به ساطع کردن و تخلیه الکتریکی در سلوهای عصبی می‌نماید. در بیشتر موارد علت ناشناخته است (ایدیوپاتیک). داشتن زمینه در بعضی از انواع صرع تعیین‌کننده است. صرع در اغلب موارد بسیاری از اختلالات طبی را به دنبال دارد، ضربات، مسمومیت با الکل یا داروها. که آنها البته در هنگام بروز تومور مغزی، آبسه‌ها، و ناهنجاری‌های مادرزادی نیز تظاهر می‌یابند. صرع اغلب در بیش از ۷۵ ٪ بیماران قبل از ۲۰ سالگی آغاز می‌شود، و قابل ذکر است که صرع مترادف عقب ماندگی ذهنی نیست و به سطوح عقلی وابسته نمی‌باشد.

تظاهرات بالینی

حملات تشنجی می‌تواند از یک خیرگی ساده شروع و تا حرکات تهاجمی به درازا انجامیده با از دست دادن هوشیاری متفاوت باشد. حملات به‌صورت منطقه‌ای، عمومی و غیر طبقه‌بندی شده دسته‌بندی می‌شوند که بر پایه منطقه درگیر مغزی علائمی دارد. اورا[1]، احساس اخطار یا بیش کنترلی، قبل از حملات رخ می‌دهد (به‌عنوان مثال دیدن یک برق و یا روشنایی، شنیدن صداهایی خاص).

حملات ساده منطقه‌ای[2]

فقط ممکن است یک انگشت یا یک دست به لرزه درآید؛ دهان ممکن است به طرز غیر قابل کنترلی تکان بخورد، بیمار نامفهوم سخن گفته، ممکن است دچار سرگیجه شود. همچنین طعمها، بوها، تصاویر، یا اصوات نامعمول یا

1- Aura

2- Simple partial seizure

ناخوشایند را تجربه نماید اما هوشیاری او از بین نمی‌رود.

حملات منطقه‌ای مرکب[1]

فرد یا بی‌حرکت باقی می‌ماند یا به‌طور خودکار حرکاتی را انجام می‌دهد که تناسبی با زمان و مکان ندارد. ممکن است دچار هیجانات بیش از حد، ترس، عصبانیت، شعف یا تحریک‌پذیری شود. بعد از گذراندن این مراحل آنها را به خاطر نمی‌آورد.

E

حملات عمومی[2] (صرع با حمله بزرگ[3])

در حملات صرع بزرگ هر دو نیمکره مغز درگیر هستند. پس هر دو نیمه بدن واکنش نشان داده و دچار سفتی می‌شود، و به دنبال تکان‌های موجود عضلات به‌طور متناوب از حالت شل به حالت انقباض در می‌آیند (انقباضات تونیک کلونیک عمومی).

- انقباض توام دیافراگم و عضلات تنفسی و قفسه‌سینه، حالتی ایجاد می‌کند که به فریاد (گریه) صرع[4] معطوف است.
- زبان اغلب جویده می‌شود؛ بیمار دچار بی اختیاری در دفع ادرار و مدفوع می‌شود.
- حرکات تشنجی ۲-۱ دقیقه طول می‌کشد.
- بعد بیمار آرام شده و بدنش شل شده و به کمای عمیق فرو می‌رود و تنفس صدادار است.

وضعیت بعد از تشنج

بعد از حمله، بیماران اغلب گیج بوده و به سختی بیدار شده و ممکن است ساعت‌ها خواب باشند. سردرد شدید و درد و زخم عضلانی نیز برجای می‌ماند.

بررسی و یافته‌های تشخیص

- تاریخچه کامل و معاینات جسمی و عصبی انجام می‌شود تا نوع، تکرار، و

1- Complex partial seizures
2- General seizures
3- Grandmal seizures
4- Epileptic cry

شدت حملات تعیین شود. مطالعات بیوشیمیایی، خون‌شناسی و سرولوژیک نیز انجام می‌شوند.

- اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT)، MRI به‌منظور شناسایی ضایعات مغزی، انومالی‌های عروقی مغز، تغییرات دژنراتیو مغزی انجام می‌شود.
- الکتروانسفالوگرام (EEG[1]) به طبقه‌بندی نوع حملات کمک می‌کند.

E

درمان طبی

در درمان و کنترل صرع و حالات پس از آن برنامه‌ریزی بر پایه نیازهای کوتاه مدت و فوری و نیازهای طولانی مدت بیماران صورت گرفته و نیازها از یک بیمار با دیگری متفاوت است چرا که برخی نمونه‌ها ناشی از صدمات مغزی است و برخی دیگر در ارتباط با تغییرات شیمیایی در مغز پدید می‌آید. اهداف درمان شامل توقف حملات سریع تا جای ممکن است، اطمینان از اکسیژن‌رسانی کافی مغزی، و حفظ سطوح بدون حمله.

راه هوایی و اکسیژناسیون کافی (تهویه مکانیکی در صورت لزوم) ضروری است. داشتن یک راه وریدی برای انجام دارو درمانی و حفظ و گرفتن یک نمونه خون برای آنالیز و بررسی ضروری به نظر می‌رسد.

درمان دارویی

دارو درمانی به‌منظور تقویت کنترل حملات استفاده می‌شود. درمان معمول استفاده از یک دارو می‌باشد.

- دیازپام وریدی[2]، لورازپام[3]، یا فوسفنی‌توئین[4] که آرام نزریق شده و به‌منظور تلاش در توقف حملات می‌باشد. بیهوشی عمومی با باربیتورات‌های کوتاه اثر ممکن است استفاده شود، البته در صورتی که درمان ناموفق باشد.
- برای حفظ درمان و سطوح بدون حمله، دیگر داروهای ضدتشنجی (کاربامازپین[5]، پریمیدون[6]، فنی‌توئین[7]، فنوباربیتال[8]، اتوزوکسیماید[9] و

1- Electro encephalogram
2- Diazepam
3- Lorazepam
4- Fosphenytoine
5- Carbamazepine

ولپروات[10]) بعد از شروع درمان حملات تجویز می‌شوند.

درمان جراحی

- جراحی وقتی انجام می‌شود که صرع در نتیجه تومورهای داخل جمجمه، آبسه‌ها، کیست‌ها، یا آنومالی‌های عروقی بوجود آمده باشد.
- در صورتی که منشاء حملات تشنجی، ناحیه با حدود مشخص در مغز باشد که بتوان بدون برجای گذاشتن نقایص عصبی آن را خارج کرد جراحی انجام می‌شود.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به صرع

بررسی

- مشاهده و ارزیابی حالات عصبی در حین و بعد از حملات. بررسی علائم حیاتی و عصبی به صورت مداوم. بیمار ممکن است در اثر افت تنفسی یا درگیری قلب فوت نماید.
- گرفتن یک تاریخچه کامل از حملات. جستجوی فاکتورها و حوادثی که باعث تسریع بروز تشنجات و حملات می‌شود؛ ثبت مصرف الکل.
- بررسی EEG به منظور تعیین فعالیت و عملکرد طبیعی صرع.
- اندازه‌گیری سطوح داروهای ضدتشنج در سرم خون.
- بررسی به منظور یافتن احتمال بروز ادم مغزی
- بررسی اثرات صرع روی شیوه زندگی فرد

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- ترس در ارتباط با احتمال وقوع حمله در هر زمان و مکان.
- روش‌های تطابقی غیر موثر در ارتباط با بروز فشار و استرس ناشی از صرع.

6- Primidone
7- Phenytoine
8- Phenobarbital
9- Ethosuxemide
10- Valporate

● کمبود آگاهی در مورد صرع و کنترل آن.

مشکلات همراه/ عوارض احتمالی

صرع مداوم[1] (کادر E.1 را ببینید) و مسمومیت در ارتباط با داروها.

E

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی شامل کنترل حملات، تطبیق روانی اجتماعی به نحو مطلوب، کسب اطلاعات کافی، درک حالات و عدم ایجاد عوارض

مداخلات پرستاری

مراقبت عمومی و پیشگیری از صدمه

● انجام دوره‌ای معاینات جسمی و تست‌های آزمایشگاهی برای بیمارانی که از نظر دریافت داروئی احتمال ابتلا به سمیت خونی، مسمومیت ادراری تناسلی و یا اثرات روی کبد شناخته شده می‌باشند.

● تأمین بررسی و کنترل عملکرد قلبی و تنفس.

● کنترل نوع حملات و حالات عمومی بیمار.

● برگرداندن بیمار به یک سمت برای کمک به خروج ترشحات تجمع یافته در حلق.

کادر E.1 صرع مقاوم و پایدار

صرع مقاوم (فعالیت حمله‌ای حاد و طولانی) یک سری حملات جدی و عمومی هستند که بدون بهبود کامل و بازگشت هوشیاری در بین حملات رخ می‌دهند. این شرایط یک فوریت پزشکی محسوب می‌شود چرا که به‌صورت حملات بالینی یا الکتریکی حدود ۳۰ دقیقه طول می‌کشد که با تکرار حمله حاد، آنوکسی مغزی و ادم ممکن است به تخریب غیر قابل بازگشت مغز منجر شود. عوامل مشترکی که این نوع حملات صرعی را تشدید می‌نماید و سرعت می‌بخشد عبارتند از قطع داروهای ضدتشنج، تب و عفونت‌های عودکننده.

● در دسترس بودن امکانات ساکشن برای زمانی که نیاز باشد.

1- Status epilepsy

- کنترل خطوط وریدی به دقت تا در حین حملات از جای خود خارج نشود.
- حفاظت بیمار از صدمات حین حملات با قرار دادن پدهایی روی نرده‌های کنار تخت، و زیر نظر گرفتن دقیق بیمار.
- سعی نکنید بیمار را در حین بروز حملات حرکت دهید.

کنترل ترس از حملات

- کاهش ترس از این که حملات ممکن است به صورت قریب‌الوقوع رخ دهند؛ به وسیله رعایت درمان‌های تجویز شده.
- تاکید بر این که داروهای ضدصرع تجویز شده باید دقیقاً ادامه یابند به‌صورت اصولی نه این که طبق عادت مصرف شوند.
- پیش‌گیری و کنترل هایپرپلازی لثه که عوارض جانبی فنی‌توئین (دیلانتین[1]) است، درمان با آموزش به بیمار برای انجام و رعایت بهداشت دهان و لثه‌ها و انجام مراقبت‌های معمول در مورد دندان‌ها.
- بررسی شیوه زندگی و محیط برای تعیین فاکتورهایی که حملات را تسریع کرده، مثل ناملایمات عاطفی، استرس‌های محیطی. شروع قاعدگی، یا تب. تشویق بیمار به پی‌گیری و اجتناب از تحریکات.
- تشویق بیمار به ادامه شیوه معمول و متوسط زندگی، رژیم (اجتناب از افزایش تحریکات)، ورزش، و استراحت (الگوی معمولی خواب).
- توصیه به بیمار به اجتناب و دوری از محرکات بینایی (به‌عنوان مثال، نورهای خیره‌کننده براق، تماشای تلویزیون)، عینکهای تیره یا پوشاندن یک چشم ممکن است کمک کننده باشد.
- تشویق بیمار به حضور در کلاسهای درمان و کنترل استرس.

بهبود و ارتقای مکانیسم‌های تطابقی

- درک در مورد این مسئله که صرع باعث ایجاد احساس ترس، از خود بیگانگی، افسردگی و نامطمئنی می‌شود.
- انجام مشورت با بیمار و خانواده برای کمک به آنها در درک و فهم حالات و

1- Dilantin

محدودیت‌های تحمیل شده به وسیله صرع.
- تشویق بیمار به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی.
- توصیه به بیمار به اجتناب از مصرف داروهای بدون نسخه بدون این که مراقب بالینی او آنها را تائید نموده باشد.
- ارجاع بیماران به سرویسهای درمان روانی برای بیمارانی که علائم شیروفرنی یا رفتارهای تحریکی و یا رفتارهای تکانشی را نشان می‌دهند.

E

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- آماده نمودن بیمار و خانواده در مورد عوارض جانبی و سمیت داروها.
- انجام راهنمایی‌های ویژه برای کمک به گزارش علائم و نشانه‌های افزایش دوز دارویی.
- توصیه بیمار به توجه و تماس با پزشک که اگر قادر نبود به علت حالات بیماری داروها را مصرف کند حتماً پزشک را مطلع سازد
- آموزش به بیمار که حملات را چارت کرده، توجه به زمان مصرف داروها و وقوع حملات.
- توصیه به بیمار که بیشتر در دید باشد و هنگام حمام کردن حتماً کسی در جریان باشد و اجتناب از شنا کردن به تنهایی.
- آموزش به بیمار در مورد کنترل درجه حرارت محیط برای اجتناب از حملات گرمایی.
- تشویق بیمار به داشتن برخوردی واقع‌بینانه با بیماری، گفتن حقایق نگران‌کننده در مورد صرع.
- توصیه به بیمار که یک کارت شناسایی پزشکی برای مواقع ضروری به همراه داشته باشد. یا لباسهای شناخته شده بپوشد.
- نصیحت به بیمار که در پی‌یافتن زمینه‌ها بوده و در صورت تمایل مشاوره ژنتیکی داشته باشد (به ارث بردن زمینه ابتلا به صرع هنوز کاملاً اثبات نشده است).

تداوم مراقبت

- ملاحظات مالی: انجمن صرع آمریکا با استفاده از برنامه پستی امکان استفاده بیماران از داروها را با قیمت حداقل و برخورداری از بیمه ایجاد کرده است.
- بازتوانی حرفه‌ای: موسسه بازتوانی حرفه‌ای، انجمن‌صرع آمریکا و مؤسسات وابسته دیگر، می‌توانند در یافتن شغل مناسب برای فرد دچار صرع مفید باشند.

E

ارزشیابی

برآیند موردانتظار از بیمار

- حفظ کنترل حملات
- تمایلات و ترجیهات روانی اجتماعی خود را بروز داده، کاهش ترس را نشان دهد.
- دانش و درک از صرع را بروز دهد.
- هیچ عارضه‌ای از عوارض حمله‌های صرعی (صدمات) را نشان نداده و عوارض ناشی از صرع را تجربه نکند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۱، *درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث*، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

اپیستاکسیس (خون‌ریزی از بینی) Epistaxis (Nosebleed)

اپیستاکسیس عبارت است از خون‌ریزی از بینی به‌علت پارگی عروق کوچک متسع شده غشاء مخاطی در هر ناحیه‌ای از بینی. خون‌ریزی سپتوم دیواره قدامی رایج‌تر است. علل موجود شامل ضربه، عفونت، داروها، بیماری‌های قلبی عروقی، دیسکرازی خونی، تومورهای بینی، ایمنی پایین، جسم خارجی، نقص دیواره بینی می‌باشد. علت‌های اضافی دیگر شامل فین کردن شدید بینی و بالا کشیدن بینی می‌باشد.

درمان طبی

تعیین محل خون‌ریزی به‌وسیله استفاده از اسپکولوم بینی یا headlight (قرارگیری در مقابل نور) امکان‌پذیر است. بیمار مستقیم می‌نشیند با سر خم

شده به جلو برای پیشگیری از ادم و آسپیراسیون خون. و بعد وارد ساختن فشار مستقیم روی محل به‌وسیله فشاری ملایم روی قسمت‌های بینی به‌منظور اجتناب از ادامه خون‌ریزی در خط وسط به مدت ۱۰-۵ دقیقه به صورت مداوم.

عروق درگیر در خون‌ریزی بخش قدامی بینی به‌وسیله ترکیبات شیمیایی سوزانده می‌شوند (مثل نیترات نقره و ژلفوم) یا الکتروکوتری، منقبض‌کننده‌های عروقی موضعی مثل آدرنالین (۱:۱۰۰۰)، کوکائین (۰/۵٪) و فنیل‌افرین نیز استفاده می‌شوند.

برای خون‌ریزی‌های خلفی بینی از پگ‌بینی آغشته به محلول منقبض کننده عروقی جهت توقف و کاهش خون‌ریزی استفاده می‌شود؛ ممکن است ساکشن برای خارج کردن خون اضافی و لخته‌ها استفاده شود و آنها را از محدوده تنفسی خارج سازد.

بینی به وسیله گاز آغشته به پترولاتوم وقتی که منبع خون‌ریزی مشخص نباشد پک می‌شود. پک بینی باید تا ۴۸ ساعت و اگر لازم باشد حداکثر تا ۵ یا ۶ روز باقی بماند. برای کنترل خون‌ریزی ممکن است به‌منظور درمان و یا کنترل و پیشگیری از عفونت آنتی‌بیوتیک داده شود.

تدابیر پرستاری

- کنترل علائم حیاتی و کمک به کنترل خون‌ریزی.
- کمک به خروج خون از دهان و بافت‌های اطراف.
- اطمینان دادن به بیمار که خون‌ریزی کنترل می‌شود.
- حفظ آرامش، رفتارهای موثر.
- آموزش به بیمار برای تامین مراقبت از خود به‌وسیله مرور راه‌های پیشگیری از خون‌ریزی بینی، اجتناب از فین کردن با فشار زیاد، کشش، قرارگیری در ارتفاعات بلند، ضربات بینی (زخم‌های بینی).
- تأمین رطوبت کافی برای پیشگیری از خشک شدن مخاط بینی.
- آموزش به بیمار به‌منظور چگونگی وارد آوردن فشار مناسب به بینی با انگشتان شست و اشاره برای مدت ۱۵ دقیقه وقتی که خون‌ریزی رخ داد.
- توصیه به بیمار برای جستجوی توجهات پزشکی در صورتی که

خون‌ریزی‌های عودکننده یا غیر قابل کنترل و توقف روی داد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۲، *درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث*، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Esophageal varices, Bleeding

واریس‌های خون‌ریزی دهنده مری

خون‌ریزی از واریس‌های مری از دلایل اصلی مرگ و میر در بیماران دچار سیروز می‌باشد. واریس‌های مری معمولاً با ایجاد اتساع آسیب زننده به عروق در بخشهای تحت مخاط در قسمتهای تحتانی مری عمل می‌کنند. آنها ممکن است در بخش‌های بالاتر مری یا در نواحی شکم گسترش یابند. حالات نزدیک به این ضایعه معمولاً به دلیل افزایش فشار ورید پورت رخ می‌دهد. عوامل خطر خون‌ریزی شامل کشش عضلانی ناشی از بلند کردن اجسام سنگین، کشش‌های ناشی از دفع مدفوع، سرفه، عطسه، یا استفراغ، ازوفاژیت یا آزردگی عروق (غذاهای تند یا مایعات تحریک‌کننده)، و سالیسیلات‌ها یا هر داروی دیگری که مخاط ازوفاژ را تحریک کنند می‌باشد).

تظاهرات بالینی

- هماتمز و ملنا رخ می‌دهد، خصوصاً در افرادی که الکل مصرف می‌کنند.
- اتساع عروق معمولاً هیچ نشانه‌ای بجز افزایش فشار ورید پورت نداشته و مخاط نازک شده بعد خون‌ریزی پنهان رخ می‌دهد و یا شوک اتفاق می‌افتد (پوست سرد و مرطوب، افت فشار، تاکیکاردی)

هشدار پرستاری: خونریزی از واریس‌های مری سریعاً به شوک هموراژیک تبدیل می‌شود و باید یک اورژانس محسوب شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- آندوسکوپی، بلع‌باریوم، اولتراسوند، اسکن توموگرافی کامپیوتری، و آنژیوگرافی
- بررسی افزایش فشار پورت و بررسی عصبی
- تست‌های کارکرد کبد (آمینوترانس فراز سرم [ترانس آمیناز]، بیلی‌روبین،

آلکالین فسفاتاز، پروتئین‌های سرم)

هشدار پرستاری: *تأمین حمایت قبل و در حین انجام آندوسکوپی برای کاهش استرس ضروری است. کنترل دقیق به‌منظور دریافت علائم زودرس دیس‌ریتمی‌های قلبی، سوراخ شدگی و خون‌ریزی. به بیمار اجازه ندهید که تا زمان برگشت رفلکس گگ مایعات بنوشد. به بیمار پیشنهاد کنید که آب‌نبات بمکد یا آدامس بخورد تا ناراحتی گلو تسکین یابد، اما هرگونه دریافت دهانی در صورتی که خون‌ریزی فعال داشته باشد باید موقتاً متوقف شود. تامین حمایت و توضیح مراقبت‌ها در حین انجام پروسیجرها ضروری است.*

درمان طبی

- مراقبت‌های پزشکی انجام شده شامل ارزیابی گسترش خون‌ریزی و ادامه کنترل علائم حیاتی هنگامی که هماتمز و ملنا وجود دارد.
- علائم احتمالی کاهش حجم خون مورد توجه قرار گیرد؛ حجم خون به‌وسیله سنجش فشار ورید مرکزی کنترل شده و با به‌وسیله کتتر شریانی ارزیابی می‌شود.
- برقراری اکسیژن به‌منظور پیشگیری از هایپوکسی و حفظ اکسیژناسیون کافی خون و مایعات داخل وریدی و دادن مواد حجیم کننده پلاسما به‌منظور ذخیره حجم مایعات و جایگزینی الکترولیتها مفید است.
- نیاز به ترانفوزیون خون بررسی شود و کنترل جذب و دفع (قرار دادن کتترهای ادراری) مورد توجه قرار گیرد.

درمان غیرجراحی ترجیح داده می‌شود چون مرگ و میر بالای گزارش شده با جراحیهای اورژانسی به‌منظور کنترل خون‌ریزی از واریس‌های مری مورد توجه است. ارزیابی‌های غیر جراحی شامل:

- درمان دارویی: سوماتوستاتین[1]، اوکتریوتید[2] (ساندوستاتین[3])، وازوپرسین

1- Somatostatine
2- Octreotide
3- Sandostatine

(پیترسین[1])، بتابلاکر (پروپرانولول[2]) [اپندرال]) و نیتراتها.
- قرار دادن تامپوناد و بالون، لاواژ سالین، اسکلروتراپی اندوسکپیک.
- استفاده از شانت داخل کبدی و وریدپورت از طریق ژوگولر یا شانت پوروتوسیستمیک (TIPS[3]).
- بستن وریدهای مری و بستن واریس‌ها[4].
- اسکلروتراپی اندوسکوپیک

درمان جراحی

در صورت لزوم جراحی ممکن است شامل.
- روش‌های بای پس (به‌عنوان مثال شانت پورتوکاوال [شنت پورت و اجوف][5]، شانت طحال و کلیه[6]، شانت مزوکاوال[7]).
- قطع و خارج کردن عروق.

تدابیر پرستاری

انجام مراقبت‌های بعد از عمل مشابه آنچه که در جراحی‌های شکم یا قفسه‌سینه انجام می‌شود است. برای افزایش اطلاعات بخش مداخلات پرستاری قبل و بعد از عمل را ببینید.

هشدار پرستاری: خطر عوارض بعد از عمل (شوک هایپولمیک یا هموراژیک، انسفالوپاتی کبدی، عدم تعادل در الکترولیتها، آلکالوز متابولیک و تنفسی، سندرم مجروحیت از الکل و حملات تشنجی) بالاست. به‌علاوه خون‌ریزی ممکن است در عروق جانبی توسعه یابد.

- کنترل حالات جسمی و ارزیابی واکنش‌های عاطفی بیمار.
- کنترل و ثبت علائم حیاتی، بررسی سطوح تغذیه‌ای.

1- Pitressin
2- Propranolol
3- Transjugular intrahepatic portosystemic shunting
4- Variceal band ligation
5- Portacaval shunt
6- Splenorenal shunt
7- Mesocaval shunt

- انجام بررسی‌های نورولوژیکی، کنترل علائم انسفالوپاتی کبدی (یافته‌ها ممکن است از حالات خواب آلودگی به انسفالوپاتی و کوما متغیر باشد).
- درمان خون‌ریزی با استراحت مطلق و کامل مری، و تغذیه وریدی (PN) طبق دستور.
- کمک به بیمار به اجتناب از کشش وارد کردن و یا استفراغ، انجام ساکشن معده برای خالی نگه‌داشتن معده تا حد ممکن.
- تامین بهداشت کافی دهان و استفاده از اسفنج مرطوب روی لب‌ها به‌منظور کاهش تشنگی.
- کنترل دقیق فشارخون.
- تامین ویتامین K و ترانسفوزیون خون کافی طبق دستور برای از دست دادن خون.
- تامین محیطی ساکت و خنک به‌منظور کاهش اضطراب و آژیتاسیون، تأمین حمایت عاطفی و توضیح مداخلات پرستاری و طبی برای بیمار.
- کنترل دقیق و درمان عوارض شامل شوک هایپوولمیک و یا هموراژیک، انسفالوپاتی کبدی، عدم تعادل الکترولیت‌ها، آلکالوز متابولیک و تنفسی، سندرم محرومیت از الکل، تشنج.
- کنترل دقیق به‌منظور پیشگیری از خروج تصادفی یا جابجایی سوندها، انسداد ناگهانی راه هوایی و آسپیراسیون در ارتباط با تامپوناد بالون. توضیح واضح پروسیجرها برای بیمار به منظور افزایش همکاری او حین قرار دادن و حفظ تامپوناد مری، تامین بهداشت کافی دهان. تعویض به موقع سوندهای معدی به‌منظور پیشگیری از آسپیراسیون. مشاهده مواد آسپیراسیون معدی برای خون.
- گزارش شروع درد قفسه‌سینه.
- مشاهده دقیق برای یافتن آسپیراسیون، سوراخ شدن مری و خون‌ریزی عودکننده در ارتباط با اسکلروتراپی اندوسکوپیک یا واریس‌های اجتناب‌ناپذیر.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۶، *درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث*، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

درماتیت پوسته‌ای (ورقه‌ای) Exfoliative Dermatitis

درماتیت یک حالت شدید است که با التهاب شدید و قرمزی و پوسته پوسته شدن با تخریب موضعی یا عمومی تظاهر می‌یابد. این حالت به‌طور حاد شروع شده و ضایعات پچ یا اریتماتوز عمومی (قرمز) نیز تظاهر می‌یابد. درماتیت پوسته‌ای علل گوناگونی دارد که ممکن است به‌صورت ثانویه یا واکنش به بیماری زمینه‌ای پوستی یا بیماری سیستمیک تظاهر یابد. ممکن است به‌عنوان بخشی از بیماری گروه لنفوما ظاهر شده و خود منجر به‌ظهور لنفوما شود. وجود بیماری‌های قبلی در پوست از قبیل پسوریازیس، درماتیت آتوپیک، و درماتیت تماسی از عوامل مستعد کننده است. این درماتیت به دنبال واکنش‌های وسیع دارویی به پنی‌سیلین و فنیل‌بوتازون نیز رخ می‌دهد و در ۲۵٪ موارد علت ناشناخته است.

تظاهرات بالینی

- لرز، تب، اغلب علائم معدی ـ روده‌ای، سمیت شدید و پوسته پوسته شدن همراه با خارش پوست.
- کورنئوم استوراتوم عمیق (بیشتر در لایه‌های خارجی پوست)، نشت مویرگی، کاهش پروتئین، بالانس منفی نیتروژن.
- اتساع عمیق عروق جلد، که منجر به از دست‌دادن مقدار بسیار زیادی از گرمای بدن می‌شود.
- پوسته‌ریزی به این ترتیب است که پوسته‌ای نازک تشکیل شده و پوست زیری را نرم و قرمز نگه می‌دارد و با شکل‌گیری پوستهٔ جدید، پوست قدیمی می‌ریزد.
- احتمالاً ریزش مو.
- عود مجدد شایع است.
- اثرات سیستمیک: نارسایی قلبی در اثر برونده زیاد، اختلال روده‌ای، ژنیکوماستی (بزرگ شدن پستان)، هایپراوریسمی، اختلالات حرارتی.

درمان طبی

اهداف درمان دستیابی به تعادل مایعات و الکترولیت‌ها و پیشگیری از عفونت است. درمان فردی و حمایتی است و هر چه زودتر بعد از تشخیص باید شروع شود.

- بستری بیمار و استراحت مطلق.

- قطع همه داروهایی که ممکن است تداخل ایجاد نموده باشند.
- دسترسی درجه حرارت مطلوب در اتاق چرا که منجر به کنترل و ایجاد درجه حرارت مطلوب برای بیمار می‌شود.
- حفظ تعادل مایعات و الکترولیت‌ها چرا که آب و پروتئین‌ها از سطح پوست از دست رفته‌اند.
- دادن فراورده‌های پلاسما در صورت لزوم.

هشدار پرستاری: مشاهده علائم و نشانه‌های نارسایی در برونده قلبی در ارتباط با پرخوری و افزایش جریان خون اساسی است.

تدابیر پرستاری

- انجام مداوم بررسی‌های پرستاری به‌منظور پیشگیری از عفونت.
- برقراری آنتی‌بیوتیک‌های تجویز شده بر پایه کشت و نتایج آزمایشات حساسیتی.
- بررسی هایپوترمی به علت افزایش جریان خون بافتی که توام با افزایش گرما و از دست‌دادن آب از سطح پوست است.
- استفاده از درمان موضعی برای تسکین علائم.
- توصیه به استفاده از حمام و کمپرس تسکین دهنده و امولسیون‌های نرم کننده برای درمان درماتیت‌های وسیع.
- برقراری استروئیدهای وریدی یا دهانی طبق دستور وقتی که بیماری با درمان‌های معمولی بهبود نیافته باشد.
- نصیحت بیمار برای اجتناب از تحریک و آزردگی و انجام دارو درمانی.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۶، *درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث*، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.



شکستگی‌ها Fractures

شکستگی عبارت است از: گسیختگی در تداوم استخوان. شکستگی براساس نوع و وسعت مشخص می‌شود. شکستگی‌ها زمانی به‌وجود می‌آیند که بر استخوان بیش از تحملش فشار وارد گردد. شکستگی‌ها در اثر ضربه مستقیم، تصادفات، حرکت پیچ خوردگی ناگهانی یا حتی انقباض شدید عضلانی رخ می‌دهند. زمانی که استخوان می‌شکند، ساختارهای مجاور تحت تأثیر قرار گرفته و در نتیجه ادم بافت نرم، خون‌ریزی در عضلات و مفاصل، دررفتگی‌های مفصل، پارگی تاندون‌ها، صدمات سیستم عصبی، و عروق‌خونی به وجود می‌آیند. ارگانهای بدن ممکن است در اثر نیروی به‌وجود آورنده شکستگی یا استخوان‌های شکسته شده صدمه ببینند.

انواع شکستگی‌ها

- **شکستگی *کامل*** [1]: شکستگی در طول مقطع عرض استخوان به‌وجود می‌آید غالباً با جابه‌جایی همراه است.
- **شکستگی *ناقص* یا شکستگی *ترکه‌ای*** [2]: شکستگی تنها در قسمتی از مقطع عرض استخوان روی می‌دهد.
- **شکستگی‌های *خردشدگی*** [3]: شکستگی همراه با خرد شدن استخوان به چندین قطعه.
- **شکستگی *بسته* یا *ساده***: با گسیختگی در تمامیت پوست همراه نیست.
- **شکستگی *باز* یا *مرکب* یا *پیچیده***: شکستگی که در آن پوست یا غشاء مخاطی

1- Complete

2- greenstick

3- Comminuted

بر روی استخوان شکسته شده دچار زخم می‌شود. شکستگی‌های باز به‌صورت ذیل درجه‌بندی می‌شوند: درجه I: زخم تمیز کمتر از ۱ cm طول؛ درجه II: زخم بزرگ‌تر بدون صدمه وسیع بافت نرم؛ درجه III: زخم به شدت آلوده است و صدمه وسیع بافت نرم وجود دارد (شدیدترین نوع).

- شکستگی‌ها همچنین ممکن است براساس جایگاه آناتومیکی قطعات شکسته توصیف شوند به‌ویژه اگر شکستگی همراه یا بدون جابه‌جایی باشد.

F

عوارض اولیه شکستگی شامل شوک، آمبولی چربی، سندرم کمپارتمان، ترومبوآمبولی (آمبولی ریوی) و انعقاد منتشر داخل عروقی (DIC)، و عفونت می‌باشند. عوارض تأخیری شکستگی عبارتند از: تأخیر در جوش‌خوردن یا عدم جوش‌خوردن استخوان شکسته، نکروز استخوان به علت قطع جریان خون[1]، واکنش به وسایل تثبیت‌کننده داخلی، سندرم درد موضعی پیچیده[2] و استخوان‌سازی هتروتروفیک[3].

تظاهرات بالینی

تمام تظاهرات بالینی زیر در هر شکستگی وجود ندارد:

- بیمار اسپاسم عضلانی و درد مداوم را تجربه می‌کند، شدت درد تا زمان بی‌حرکت کردن قطعات شکسته استخوان افزایش می‌یابد.
- فقدان عملکرد، تغییر شکل، حرکت غیرطبیعی و کوتاهی انتها ممکن است وجود داشته باشند.
- کرپیتوس[4]، ادم موضعی، و تغییر رنگ ممکن است مشاهده شوند (از بررسی اجتناب کنید؛ به هشدارهای پرستاری مراجعه نمایید).

تظاهرات عوارض

- در صورت بروز سندرم آمبولی چربی، با انسداد عروق‌خونی کوچک که به مغز، ریه‌ها، کلیه‌ها و سایر ارگان‌ها خون‌رسانی می‌کنند (شروع ناگهانی، معمولاً در مدت ۲۴ تا ۷۲ ساعت روی داده اما ممکن است تا یک هفته

1- Avascular necrosis
2- Complex regional pain syndrome
3- Heterotrophic ossification
4- Crepitus

بعد از صدمه روی دهد)، ممکن است علایم ذیل مشاهده شوند: هیپوکسی، افزایش تعداد تنفس و ضربان قلب، و تب، تغییرات وضعیت ذهنی از بی‌قراری و گیجی خفیف تا دلیریوم[1] و کوما، تنگی نفس، کراکل، ویزینگ، درد جلوی قفسه سینه، سرفه، مقادیر زیادی خلط سفید غلیظ، هیپوکسی و مقدار PaO2 خون کمتر از ۶۰mm جیوه، در ابتدا آلکالوز تنفسی و سپس اسیدوز تنفسی. رادیوگرافی قفسه‌سینه انفیلتراسیون «طوفان برف»[2] را نشان می‌دهد. برخی اوقات ادم حاد ریه، سندرم دیسترس تنفسی بالغین (ARDS) و نارسایی قلبی به‌وجود می‌آیند.

F

- بیمار مبتلا به آمبولیزاسیون ریوی، رنگ پریده به‌نظر می‌رسد. پتشی[3] در غشاهای مخاطی و کیسه ملتحمه، در کام سخت، فوندوس چشم، و روی قفسه سینه و چینهای قدامی زیر بغل دیده می‌شود. تب (درجه حرارت بالای ۳۹/۵°C [۱۰۳/۸ F]) به‌وجود می‌آید. در صورتی که آمبولی به کلیه‌ها برسد، چربی آزاد ممکن است در ادرار یافت شود. نارسایی کلیه ممکن است به وجود آید.
- سندرم کمپارتمان (زمانی بروز می‌کند که پرفیوژن بافتی در عضلات کمتر از مقدار مورد نیاز بافت جهت حیات باشد) ممکن است درد عمیق زُق زُق‌کننده[4] و مستمر ایجاد کند که حتی با مخدرها کنترل نشود (سندرم کمپارتمان می‌تواند در اثر گچ‌گیری سفت، پانسمان فشاری یا افزایش محتویات کمپارتمان عضله به دلیل ادم یا خون‌ریزی به‌وجود آید). بستر ناخن سیانوزه و انگشتان (دستان یا پاها) رنگ پریده یا سیاه و سرد وجود دارند؛ بستر مویرگی ناخن برای پر شدن مجدد زمان زیادتری طول می‌کشد (بیش از ۳ ثانیه)؛ نبض کم شده (داپلر) یا وجود ندارد؛ ضعف حرکتی، فلج و اختلال حس ممکن است به‌وجود آیند.
- تظاهرات بالینی DIC شامل اکیموز، خون‌ریزی غیرمنتظره بعد از عمل جراحی و خون‌ریزی از غشاهای مخاطی، محل‌های انجام تزریقات وریدی و دستگاه گوارش و مجاری ادراری می‌باشند.

1- Delirium
2- Snow storm
3- Petechiae
4- Throbbing

- نشانه‌های عفونت ممکن است مشتمل بر تندرنس، درد، قرمزی، ادم، گرمای موضعی، افزایش درجه حرارت، و ترشحات چرکی باشند.
- عدم جوش‌خوردن قطعات شکسته با درد مداوم و حرکت غیرطبیعی در محل شکستگی مشخص می‌شود. برخی عوامل خطر عبارتند از: عفونت در محل شکستگی، بی‌حرکت نمودن ناکافی یا دستکاری که موجب اختلال در ترمیم فاصله بین قطعات شکسته استخوان و اختلال در خون‌رسانی می‌شود.
- تظاهرات سایر عوارض جانبی ممکن است مشاهده شوند (ترومبوز وریدهای عمقی، ترومبوآمبولی، آمبولی ریه). جهت کسب اطلاعات بیشتر به اختلالات مزبور مراجعه کنید.

هشدار پرستاری: از بررسی برای کریپتوس اجتناب کنید زیرا می‌تواند موجب صدمه بافتی بیشتر شود. تغییرات شخصیت، بی‌قراری، تحریک‌پذیری یا گیجی در بیمار دچار شکستگی، بررسی فوری گازهای خون را ایجاب می‌کنند.

بررسی و یافته‌های تشخیصی

تشخیص شکستگی به نشانه‌ها، علایم جسمی و بررسی رادیوگرافیک بستگی دارد. معمولاً، بیمار صدمه به قسمتی از بدن را گزارش می‌دهد.

ملاحظات سالمندی

شیوع شکستگی‌های ران در افراد زیر بالاست: سالمندان، افرادی که به علت پوکی استخوان استخوان‌های‌شکننده دارند (به‌ویژه زنان) و کسانی که به طور مکرر زمین می‌افتند. بیماری که دچار شکستگی‌ران می‌شود اغلب بیماری همراه (برای مثال، اختلالات قلبی - عروقی، ریوی، کلیه، یا اندوکرین) دارد. شکستگی‌های گردن استخوان ران ممکن است به عروق‌خونی صدمه بزنند، خون‌رسانی به سروگردن استخوان ران را مختل نمایند و در نتیجه موجب مرگ استخوان و عدم جوش خوردن قطعات شکسته استخوان یا نکروز آسپتیک شوند.

شکستگی‌های ران یک عامل شایع مرگ و میر بعد از ۷۵ سالگی است.

تنش و بی‌حرکتی در ارتباط با صدمه، فرد سالمند را مستعد پنومونی، و کاهش توانایی سازگاری با دیگر مشکلات سلامتی می‌کنند.

تدابیر پزشکی

رسیدگی اورژانس

- فوراً بعد از صدمه، عضو را پیش از جابه‌جاکردن بیمار بی‌حرکت کنید. اگر بیمار مصدوم باید پیش از به کار بردن اسپلینت حرکت داده شود، بالا و پایین محل شکستگی را جهت پیشگیری از چرخش یا حرکت نامناسب حمایت کنید.
- جهت پیشگیری از صدمه به بافت نرم، شکستگی و مفاصل نزدیک به محل شکستگی را ثابت کنید.
- از اسپلینت‌های موقت و لایی‌دار، بانداژ محکم روی لباس جهت بی‌حرکت کردن شکستگی استفاده نمایید.
- وضعیت عصبی ـ عروقی پایین محل صدمه را جهت اطمینان از کفایت کفایت پرفیوژن محیطی بافت و عملکرد عصبی ارزیابی کنید.
- زخم شکستگی باز را با پانسمان تمیز (استریل) بپوشانید تا از آلودگی بافت‌های عمقی‌تر جلوگیری شود.

جا انداختن شکستگی‌ها

اصول درمان شکستگی شامل جا انداختن، بی حرکتی و بازگشت به عملکرد و قدرت طبیعی اندام از طریق نوتوانی می‌باشند.

- شکستگی با استفاده از روش بسته (دستی یا تراکشن دستی [برای مثال، اسپلینت یا گچ]) یا روش باز (جای‌گذاری وسایل تثبیت داخلی بوسیله جراحی [برای مثال، پین، سیم، پیچ، صفحه، میخ]) جاانداخته می‌شود تا قطعات شکسته به وضعیت تشریحی و چرخشی طبیعی باز گردند. روش اختصاصی به ماهیت شکستگی بستگی دارد.
- بعد از جا انداختن شکستگی و بی حرکت کردن، استخوان را در وضعیت امتداد صحیح نگه می‌دارند تا قطعات شکسته به هم جوش بخورند. بی حرکتی توسط تثبیت خارجی یا داخلی صورت می‌گیرد.

- عملکرد از طریق کنترل ادم با بالا نگه‌داشتن عضو مصدوم و به‌کارگیری کیسه یخ طبق تجویز پزشک حفظ شده و بازگردانده می‌شود. بی‌قراری، اضطراب و درد با استفاده از انواع روش‌ها کنترل می‌گردند (مثل، اطمینان دادن، تغییر وضعیت، روش‌های تسکین درد همچون داروهای مسکن). ورزشهای ایزومتریک و تقویت عضلات جهت کاهش آتروفی ناشی از عدم استفاده و بهبود گردش خون انجام می‌شوند. با تثبیت داخلی، جراح مقدار حرکت و میزان تحمل وزن که عضو می‌تواند در مقابل آن مقامت کند را مشخص کرده و سطح فعالیت را تعیین می‌نماید.

F

رسیدگی به عوارض

- درمان شوک شامل حفظ حجم خون و گردش خون، تسکین درد، تثبیت کافی عضو، و محافظت بیمار در مقابل صدمه بیشتر و سایر عوارض می‌باشد. جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری شوک هیپوولمیک مراجعه کنید.
- پیشگیری و درمان آمبولی چربی مشتمل بر بی‌حرکت نمودن فوری عضو شکسته و حمایت کافی از استخوان‌های شکسته هنگام تغییر وضعیت و چرخیدن می‌باشد. به‌کارگیری حمایت تنفسی با پیشگیری از اسیدوز تنفسی و متابولیک و تصحیح اختلالات هموستاتیک ضروری می‌باشند. همچنین ممکن است کورتیکواستروئیدها و داروهای وازواکتیو[1] سرم درمانی و مورفین جهت درد و اضطراب تجویز شوند.
- سندرم کمپارتمان با کنترل ادم از طریق بالا نگه‌داشتن عضو تا سطح قلب یا با برداشتن وسایل محدودکننده (بانداژ یا گچ) درمان می‌شود. فاشیوتومی[2] (برداشتن فشار با برش غشاهای فیبری پوشاننده و جدا کردن عضلات به روش جراحی) ممکن است جهت آزاد کردن فاشیای محدودکننده عضله مورد نیاز باشد. زخم باز باقی می‌ماند و با پانسمان مرطوب سالین (استریل) برای ۳ تا ۵ روز پوشانده می‌شود. عضو با آتل بی‌حرکت شده و هر ۴ تا ۶ ساعت با ورزش‌های دامنه حرکتی تجویز شده

1- Vasoactive medications 2- Fasciotomy

بالا نگه داشته می‌شود.

- عدم جوش خوردن (نارسایی انتهای استخوان شکسته برای جوش خوردن) با تثبیت داخلی، گرافت استخوان (استئوژنزیس[1]، استئوایندا‌کشن[2])، تحریک الکتریکی استخوان یا ترکیبی از این روشها درمان می‌شود.
- واکنش به تثبیت‌کننده‌های داخلی موجب محافظت در مقابل پوکی استخوان، تغییر ساختار استخوان و صدمه می‌شود.
- سندرم درد موضعی پیچیده متضمن بالا نگه داشتن عضو، تسکین درد، ورزش‌های دامنه حرکت، و کمک به بیماران مبتلا به درد مزمن، آتروفی و عدم استفاده و پوکی استخوان می‌باشد. از کنترل فشارخون یا انجام تزریقات وریدی در عضو مبتلا پرهیز نمایید.
- سایر عوارض طبق موارد ذکر شده درمان می‌شوند (به اختلالات خاص مراجعه کنید).

F

تدابیر پرستاری

ارتقای ترمیم شکستگی

- روشهای دارویی و غیردارویی جهت تسکین درد فراهم کنید.
- علایم عفونت را بررسی نمایید (اگر گرافت انجام شده است، محل‌های‌دهنده و گیرنده را ارزیابی کنید).
- به بیمار آموزش دهید و بر اطلاعات مربوط به اهداف گرافت استخوانی، بی‌حرکتی، اجتناب از تحمل وزن بر روی عضو مصدوم، مراقبت از زخم، علایم عفونت و ملاقات با جراحی ارتوپدی جهت پیگیری تأکید کنید.
- برای بیمار دریافت‌کننده تحریک الکتریکی به‌علت جوش‌نخوردن قطعات شکسته استخوان (درمان طولانی مدت)، حمایت عاطفی فراهم نموده و پیروی از برنامه درمان را تشویق کنید. به بیمار در مورد استفاده روزانه از محرک طبق تجویز و نیاز برای ارزیابی مکرر توسط متخصص ارتوپدی، که پیشرفت ترمیم استخوان را با بررسیهای دوره‌ای رادیوگرافیک ارزشیابی می‌کند آموزش دهید.

1- Osteogenesis 2- Osteoinduction

مراقبت از شکستگی‌های بسته

- بیماران مبتلا به شکستگی‌های بسته (ساده) را به بازگشت هرچه سریع‌تر برای فعالیت‌های معمول زندگی (تا حد ممکن) تشویق کنید.
- به بیماران در مورد چگونگی کنترل ادم و درد همراه با شکستگی و صدمه بافت نرم آموزش دهید.
- ورزش جهت حفظ سلامت عضلات سالم و تقویت عضلات مورد نیاز برای انتقال و استفاده از وسایل کمکی (همانند چوب زیربغل و واکر) را آموزش دهید.
- به بیماران چگونگی استفاده ایمن از وسایل کمکی را بیاموزید.
- کمک به بیماران جهت اصلاح محیط زندگیشان و فراهم نمودن کمک شخصی را ترتیب دهید.
- آموزش به بیمار از جمله مراقبت از خود، اطلاعات دارویی، بررسی عوارض جانبی بالقوه و نیاز برای نظارت مداوم مراقبت بهداشتی را ارائه دهید.

مراقبت از شکستگی‌های باز

- اهداف مراقبت عبارتند از: پیشگیری از عفونت زخم، بافت نرم و استخوان، و ارتقای ترمیم بافت نرم و استخوان. در شکستگی باز، احتمال استئومیلیت، کزاز و گانگرن گازی وجود دارد.
- پروفیلاکسی کزاز تجویز شود.
- شستشو و دبریدمان متوالی را جهت رفع ارگانیسم‌های هوازی انجام دهید.
- آنتی‌بیوتیک‌های داخل وریدی را جهت پیشگیری یا درمان عفونت تجویز کنید.
- برای فراهم کردن تخلیه ترشحات زخم و تورم، تعویض پانسمان با گاز استریل، شستشو و دبریدمان زخم طبق دستور را انجام دهید.
- مراقبت از زخم جهت فلاپ یا گرافت (بعد از ترمیم زخم در مدت ۵ تا ۷ روز) را انجام داده یا به بیمار و خانواده آموزش دهید.
- جهت کاهش ادم انتها را بالا نگه‌داشته و به بیمار و خانواده آموزش دهید.
- به‌طور مکرر وضعیت عصبی عروقی را ارزیابی کنید.
- درجه حرارت بیمار را در فواصل منظم کنترل‌کرده و علایم عفونت را

بررسی کنید.
- دریافت تغذیه کافی جهت بهبود زخم را ترویج دهید.

مراقبت از شکستگی‌ها در نواحی خاص

هدف از مراقبت، افزایش بهبود عملکرد است

ترقوه (کلاویکل[1])

- همراه با شکستگی ترقوه ممکن است صدمات سر یا نخاع گردنی وجود داشته باشد. به بیمار بیاموزید که تا زمانی که قطعات شکسته استخوان جوش بخورند (در حدود ۶ هفته) بازو را بالاتر از سطح شانه نبرد. بیمار را به ورزش آرنج، مچ و انگشتان در اسرع وقت و در صورت تجویز، انجام ورزشهای بازو تشویق کنید. به بیمار بگویید که فعالیت شدید برای ۳ ماه محدود می‌شود.

استخوان بازو (هومروس[2])

- در شکستگی‌های گردن بازو (غالباً در زنان سالمند بعد از افتادن روی بازوی باز دیده می‌شود)، ارزیابی عصبی عروقی عضو مبتلا را جهت بررسی وسعت صدمه و درگیری احتمالی شاخه‌های عصبی عروقی بازو (اعصاب و عروق خونی) انجام دهید. به بیمار در مورد حمایت از بازو و بی‌حرکت کردن آن با استفاده از باند و از بازوی حمایت شده به تنه آموزش دهید. پَدنرم در زیر بغل جهت جذب رطوبت و اجتناب از گسیختگی پوست قرار دهید. بیمار در اسرع وقت ورزش‌های پاندولی در حد تحمل را آغاز نماید. به بیمار جهت اجتناب از فعالیت شدید، همانند تنیس (برای ۱۰ تا ۱۴ هفته) آموزش دهید. بیمار را آگاه کنید که سفتی مفصل، درد، و برخی محدودیت در دامنه حرکتی ممکن است برای ۶ ماه یا بیشتر تداوم یابند. زمانی که شکستگی گردن بازو با تثبیت‌کننده‌های مورد نیاز جا انداخته شود، ورزشها فقط بعد از دوره بی‌حرکتی تجویز شده آغاز می‌گردند.

1-Clavicle 2- Humerus

- در شکستگی‌های تنه استخوان بازو، اعصاب و عروق‌خونی براکیال ممکن است صدمه ببینند. بیمار را از نظر افتادگی مچ دست (نشانه صدمه عصب رادیال) ارزیابی کنید. در شکستگی مایل، مارپیچی، یا همراه با جابه‌جایی که موجب کوتاهی تنه بازو می‌شود، به بیمار در مورد مراقبت از گچ آویزان شده آموزش دهید. تأکید کنید که گچ آویزان شده باید مستقل باشد (آزاد و بدون حمایت آویزان گردد) به دلیل اینکه وزن گچ، کشش مداوم برای بازو فراهم می‌کند. بیمار را به خوابیدن در وضعیت صاف توصیه کنید تا کشش حاصل از وزن گچ حفظ شود. به بیمار در مورد انجام ورزشهای انگشت دست (به محض به‌کارگیری گچ)، ورزشهای پاندولی شانه (در صورت تجویز) و ورزشهای ایزومتریک آموزش دهید. به بیمار استفاده از بند بعد از برداشتن گچ و شروع ورزشهای شانه، آرنج و مچ دست را بیاموزید. برای سالمندانی که گچ را تحمل نمی‌کنند، بند و آویزی برای راحتی و بی‌حرکت کردن فراهم نمایید. در صورت تجویز، به بیمار درباره بررسی عملکردی آموزش دهید. در صورت استفاده از گچ اسپایکای[1] شانه به‌عنوان درمان اولیه شکستگی ناپایدار بازو و تراکشن استخوانی (همانند تراکشن بالای صورت[2]، تراکشن متعادل طرفی بازو[3]) به بیمار توضیحات لازم را ارائه دهید.

آرنج

- شکستگی‌های آرنج (دیستال هومروس) ممکن است موجب صدمه به عصب مدیان، رادیال یا اولنار شود. بیمار را از نظر اختلالات حس و علایم اختلال گردش خون در ساعد و دست ارزیابی کنید. به دقت چسبندگی ایسکمیک ولکمن[4] (سندرم کمپارتمان) و همارتروزیس[5] (خون در مفصل) را بررسی نمایید. بر اطلاعات مربوط به جا انداختن و تثبیت شکستگی و برنامه‌ریزی جهت حرکت فعال در زمانی که ادم تخفیف یافته و ترمیم آغاز شده) تأکید کنید. در صورتی که بازو توسط گچ یا اسپلینت خلفی با باند

1- Spica
2- Over the face traction
3- Balanced Side-arm traction
4- Volkmann's ischemic contracture
5- Hemorthrosis

بی‌حرکت شده است به بیمار چگونگی مراقبت از آن را توضیح دهید. ورزشهای فعال انگشتان را تشویق نمایید. یک هفته بعد از تثبیت داخلی و دو هفته پس از جاانداختن به روش بسته، ورزش‌های ملایم دامنه‌ی حرکتی را آموزش داده و توصیه کنید.

- شکستگی‌های سر رادیال معمولاً در اثر افتادن بر روی دست و آرنج باز به وجود می‌آیند. به بیمار استفاده از اسپلینت جهت بی‌حرکتی را بیاموزید. اگر شکستگی همراه با جابه‌جایی باشد، نیاز برای بی‌حرکتی بازو به اسپلینت خلفی و باند بعد از عمل جراحی را تأکید کنید. در صورت تجویز، به بیمار انجام حرکت فعال آرنج و ساعد را بیاموزید.

F

مچ دست

- شکستگی‌های مچ دست (دیستال رادیوس [شکستگی کولز[1]]) غالباً در زنان سالمند مبتلا به پوکی استخوان و بافت‌های نرم ضعیف که انرژی ناشی از سقوط را پخش نمی‌کنند مشاهده می‌شود. بر مراقبت از گچ تأکید کنید یا در شکستگی‌های بسیار شدید همراه با جای‌گذاری سیم، مراقبت از محل برش را آموزش دهید. به بیمار بیاموزید که تا ۴۸ ساعت بعد از جا انداختن شکستگی مچ و ساعد را بالا نگه دارد. حرکت فعال انگشتان و شانه را با آموزش به بیمار جهت انجام ورزشهای ذیل برای کاهش ادم و پیشگیری از سفتی مفاصل شروع کنید:
- دست را در سطح قلب نگه دارید.
- انگشتان را از کاملاً باز به خمیده حرکت دهید. نگه‌داشته و شل کنید. در هنگام بیداری هرساعت حداقل ۱۰ مرتبه این ورزش را تکرار کنید.
- از دست در فعالیتهای عملکردی استفاده نمایید.
- شانه و آرنج را فعالانه ورزش دهید (ورزشهای کامل در دامنه حرکتی هر دو مفصل).
- عملکرد عصب مدیان را با فشردن دیستال انگشت نشانه ارزیابی نمایید، و عملکرد حرکتی را از طریق بررسی توانایی بیمار برای لمس انگشت شست با انگشت کوچک بررسی کنید. اگر متوجه کاهش عملکرد عصب و گردش

1- Colles Fracture

خون شدید، با آزاد کردن بانداژ محدود کننده، درمان نمایید.

دست و انگشتان

● صدمه دست اغلب نیازمند جراحی ترمیمی وسیع است. هدف از درمان همواره باز یافتن حداکثر عملکرد دست است. در شکستگی بدون جابه‌جایی انگشت برای ۳ تا ۴ هفته جهت تسکین درد و محافظت از نوک انگشتان از صدمه بیشتر با اسپلینت بی‌حرکت می‌شود، اما در شکستگی همراه با جابه‌جایی و شکستگی‌های باز ممکن است نیاز به جا انداختن استخوان به روش باز توسط تثبیت کننده داخلی (با استفاده از سیم یا پین) باشد. وضعیت عصبی ـ عروقی دست مصدوم را ارزیابی کنید. به بیمار در مورد کنترل ادم با بالا نگاه داشتن دست آموزش دهید. استفاده عملکردی از قسمتهای سالم دست را تشویق نمایید.

دنده

● شکستگی‌های دنده غالباً در بالغین به‌وجود آمده و معمولاً موجب اختلال در عملکرد نمی‌شود اما بیمار هنگام تنفس احساس درد می‌کند. به بیمار جهت انجام سرفه و تنفس عمیق با ثابت نگه‌داشتن قفسه سینه توسط دست یا بالش کمک کنید. به فرد اطمینان دهید که درد مربوط به شکستگی دنده در عرض ۳ یا ۴ روز کاهش می‌یابد و شکستگی در مدت ۶ هفته ترمیم می‌شود. وجود عوارض جانبی همچون حرکت متناقض قفسه سینه، پنوموتوراکس، و هموتوراکس را ارزیابی نمایید (به مراقبت پرستاری از اختلالات خاص مراجعه کنید).

لگن

● شکستگی‌های لگن ممکن است در اثر سقوط، تصادفات با وسایل نقلیه یا حوادث به وجود آید حداقل دو سوم بیماران دارای صدمات متعدد و قابل ملاحظه‌ای هستند.

● نشانه‌هایی همچون اکیموز؛ حساسیت روی سمفیس پوبیس، ایلیاک اسپاین قدامی، خار ایلیاک، ساکروم یا دنبالچه؛ بی‌حسی یا سوزش پوبیس، دستگاه

تناسلی و قسمت فوقانی ران؛ و درد هنگام تحمل وزن را ارزیابی نمایید.

- بررسی عصبی ـ عروقی پاها جهت تشخیص صدمه به عروق‌خونی و اعصاب لگن را تکمیل کنید. خون‌ریزی و شوک، دوتا از جدی‌ترین عوارض را ارزیابی نمایید. نبضهای محیطی پاها را از نظر فقدان نبض بررسی کنید، ممکن است نشانه پارگی شریان ایلیاک یا یکی از شاخه‌های آن باشد.
- صدمات مثانه، رکتوم، روده‌ها، سایر احشاء شکمی، و عروق و اعصاب لگن را ارزیابی نمایید. جهت بررسی صدمه مجاری ادراری، ادرار را از نظر وجود خون ارزیابی کنید. در بیماران مرد، تا زمان شناسایی وضعیت مجرای ادراری، کاتتر وارد نکنید. درد شکمی و علایم پریتونیت و ایلئوس پارالیتیک را ارزیابی نمایید.
- اگر بیمار شکستگی ثابت لگن دارد، باید برای چند روز در تخت استراحت کند و درمان نشانه‌ها را تا زمان کنترل درد و ناراحتی ادامه دهید.
- جهت کاهش احتمال بروز عوارض جانبی و افزایش راحتی، مایعات فراوان، رژیم غذایی پرفیبر، ورزشهای پا،غلطاندن با پا[1] ، سرفه و تنفس عمیق و مراقبت پوست را ارائه دهید.
- صداهای روده را ارزیابی نمایید. اگر بیمار شکستگی استخوان دنبالچه دارد و درد هنگام نشستن و دفع را تجربه می‌کند، جهت تسکین درد در استفاده از حمام نشیمن به بیمار کمک نمایید و نرم کننده‌های مدفوع را جهت جلوگیری از سختی هنگام دفع تجویز کنید.
- هنگامی که درد تسکین یافت، به بیمار افزایش تدریجی فعالیت‌ها را بیاموزید (از وسایل کمک حرکتی برای تحمل وزن استفاده شود). بیماران مبتلا به شکستگی‌های بی‌ثبات لگن ممکن است با تثبیت‌کننده خارجی یا جا انداختن قطعات شکسته استخوان به روش باز و تثبیت‌کننده داخلی (OREF) درمان شوند.
- ثبات همودینامیک و راحتی بیمار را فراهم کرده و انجام هر چه سریع‌تر فعالیت را تشویق کنید.
- به بیمار انجام ورزش‌ها (پا، تنفس، دامنه حرکتی و قدرتی) را آموزش داده و وی را تشویق نمایید.

1-Logrolling

- استفاده از جوراب الاستیک و بالا نگه داشتن پایین تخت (بدون شکنج تخت در ناحیه زانو) را جهت کمک به بازگشت وریدی و کاهش اثرات استراحت در بستر تشویق کنید. در صورت تجویز در حرکت با چوب زیر بغل به بیمار کمک نمایید.

F

ران

- شکستگی تنه استخوان ران اغلب در مردان جوان دیده می‌شود و در اثر تصادفات اتومبیل یا سقوط از بلندی به وجود می‌آید. غالباً، این بیماران دارای صدمات متعدد بوده و در اثر از دست دادن ۲ تا ۳ واحد خون دچار شوک می‌شوند.
- وضعیت عصبی عروقی عضو، به‌ویژه پرفیوژن پا (نبض‌های پوپلیتئال، تیبیای خلفی، نبض‌های پدال و پرشدگی مویرگی پا و نیز اولتراسوند داپلر) را ارزیابی کنید.
- علایم دررفتگی ران و زانو، و افیوژن زانو (که ممکن است نشانه صدمه لیگامان و عدم ثبات مفصل زانو باشد) را مورد بررسی قرار دهید.
- از تراکشن پوستی برای راحتی و بی‌حرکتی شکستگی یا تراکشن استخوانی جهت کاهش تنش عضلانی و قرار دادن قطعات شکسته استخوان در یک امتداد (پیش از روشهای OREF و بعد از بررسی گچی) استفاده کنید.
- در صورت تجویز، به بیمار در تحمل نسبی وزن و پیشرفت به سوی تحمل کامل وزن کمک نمایید.
- تأکید کنید که بررسی گچی برای ۱۲ تا ۱۴ هفته باقی خواهد ماند.
- به بیمار در مورد انجام منظم ورزشهای پا و انگشتان پا آموزش داده و وی را تشویق کنید. به بیمار در انجام ورزشهای فعال و غیر فعال زانو در اسرع وقت (بسته به روش درمان و ثبات شکستگی و لیگامان‌های زانو) کمک نمایید.

تیبیا و فیبولا

- شکستگی‌های تیبیا و فیبولا (شایع‌ترین شکستگی‌های زیر زانو) در اثر ضربه مستقیم، سقوط بر روی پا در وضعیت خمیده، یا پیچ خوردگی پا به وجود می‌آیند.

- در مورد مراقبت از قالب گچ بلند هنگام راه رفتن یا تحمل قالب تاندو پاتلا[1] آموزش دهید.
- از نظر سندرم کمپارتمان قدامی (عدم تسکین درد توسط داروها و افزایش درد و تنش عضله طرفی تیبیال کرست با فلکسیون پلانتار، و اختلالات حسی) ارزیابی نمایید.
- به بیمار در مورد تحمل نسبی وزن (معمولاً در مدت ۷ تا ۱۰ روز) آموزش داده و به وی کمک کنید.
- به بیمار چگونگی مراقبت از گچ کوتاه پا یا بریس را (در مدت ۳ تا ۴ هفته) که امکان حرکت زانو را می‌دهد، بیاموزید.
- به بیمار در مورد مراقبت از تراکشن استخوانی آموزش دهید. بیمار را به انجام ورزش‌های پا و زانو تشویق کنید.
- در صورت تجویز به بیمار شروع ورزش‌های تحمل وزن را بیاموزید (معمولاً در حدود ۴ تا ۶ هفته).
- به بیمار در مورد بالا نگه داشتن عضو جهت کنترل ادم آموزش دهید.
- ارزیابی مداوم عصبی ـ عروقی را انجام دهید.

فرآیند پرستاری: بیمار با شکستگی ران

در بیشتر موارد، بیمار مبتلا به شکستگی ران سالمند می‌باشد و بسیاری از سالمندان بستری مبتلا به شکستگی ران در نتیجه تنش ناشی از تروما، محیط نا آشنا، محرومیت از خواب، داروها و بیماری سیستمیک دچار گیجی هستند. پیش‌بینی‌های قبل از عمل جراحی، دلیریوم بعد از عمل شامل سن بالای ۷۰ سال، مصرف الکل، وضعیت عملکردی و شناختی ضعیف و عدم تعادل الکترولیت می‌باشند.

در بیماران جوان، درمان شامل ORIF با تراکشن موقت پوستی، یا اکستنشن باک[2] (جهت کاهش اسپاسم عضلانی، بی‌حرکتی عضو، و تسکین درد)، و به‌کارگیری کیسه‌های شن یا رول تروکانتر می‌باشد.

1- Patellar - tendon-bearing Cast 2- Buck's extention

بررسی

بیمار سالمند را از نظر بیماری‌های مزمن نیازمند بررسی دقیق ارزیابی کنید. پاها را از نظر ادم ناشی از نارسایی احتقانی قلب و فقدان نبضهای محیطی ناشی از بیماری آترواسکلروتیک بررسی نمایید.

F

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- درد در ارتباط با شکستگی، صدمه بافت نرم، اسپاسم عضلانی و جراحی
- اختلال در تحرک جسمی در ارتباط با شکستگی ران
- اختلال در تمامیت پوست در ارتباط با برش جراحی
- احتمال اختلال مربوط به دفع ادرار ناشی از بی‌حرکتی
- احتمال اختلال در فرایند تفکر در ارتباط با سن، تنش ناشی از صدمه، محیط نا آشنا، و دارو درمانی
- احتمال سازگاری غیر مؤثر در ارتباط با صدمه، جراحی و وابستگی
- احتمال اختلال در مراقبت از خود در منزل در ارتباط با شکستگی ران و بی‌حرکتی

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- خون‌ریزی
- عوارض ریوی
- اختلال عصبی عروقی
- ترومبوز وریدهای عمقی
- زخم بستر

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی عبارتند از: تسکین درد، دستیابی به عملکرد طبیعی ران، بهبود زخم، حفظ الگوهای طبیعی دفع ادرار، استفاده از مکانیسم‌های سازگاری مؤثر جهت تعدیل تنش، آگاهی و شرکت در تصمیم‌گیری، توانایی مراقبت از خود در منزل، و فقدان عوارض جانبی.

مداخلات پرستاری

پس از عمل جراحی، بعد از ORIF یا جای‌گذاری پروتز سر استخوان ران (همی آرتروپلاستی)[1]، بررسی و اقدامات معمول بعد از عمل جراحی را فراهم کنید. (جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری بعد از عمل جراحی مراجعه نمائید).

F

تسکین درد

- نوع، درجه (مقیاس درد)، و محل درد را بررسی نمایید.
- بیمار را از داروهای مسکن موجود آگاه کنید.
- عضو مبتلا را به آرامی و با حمایت دست یا بالش جابه‌جا کنید.
- از روش‌های کاهش درد استفاده نمائید (همانند فراهم کردن محیط آرام، تجویز مسکن‌ها، ارزیابی پاسخ به دارو).
- بیمار را در وضعیت راحت قرار داده و در تغییر مکرر وضعیت به او کمک کنید.

ارتقای عملکرد و ثبات ران

- ران را در وضعیت خنثی قرار دهید.
- جهت کاهش اسپاسم عضلانی، بی‌حرکتی عضو، و تسکین درد از تراکشن پوستی موقت استفاده کنید. کیسه‌های شن یا رول تروکانتر را برای کنترل چرخش خارجی ران بکار برید.
- بالشی بین پاها قرار داده تا وضعیت اداکشن حفظ شده و هنگام چرخش حمایت لازم فراهم شود.
- طبق دستور پزشک بیمار را بر روی عضو مصدوم یا سالم تغییر وضعیت دهید.
- بیمار را جهت انجام ورزش (تا حد ممکن) با استفاده از وسایل بالای تخت تشویق کنید.
- برنامه‌ای ترتیب دهید تا فیزیوتراپ با بیمار روی جابه‌جایی، حرکت و استفاده ایمن از واکر و چوب زیر بغل کار کند.
- استفاده ایمن از وسایل کمک حرکتی را آموزش داده و بر آن نظارت کنید.

1- Hemiarthroplasty

ارتقای بهبود زخم

- علایم حیاتی را ارزیابی نمایید.
- پانسمان را با روش استریل تعویض کنید.
- ظاهر زخم و ویژگی ترشحات را بررسی نمایید.
- شکایت از درد را بررسی کنید.
- داروهای آنتی‌بیوتیک داخل وریدی را به عنوان پروفیلاکسی تجویز نمایید.
- در صورتی که بیمار از درد متوسط ران شکایت می‌کند و افزایش کمی در سرعت سدیمانتاسیون خون دارد، به وجود عفونت مشکوک شوید.

حفظ تمامیت پوست

- جهت کاهش میزان تاولهای ناشی از نوار، از نوار الاستیک به صورت عمودی استفاده کنید.
- مراقبت مناسب از پوست، به‌ویژه در نواحی پاشنه، پشت، ساکروم و شانه‌ها، فراهم نمایید.
- از تشک اسفنجی، تشک هوا یا سایر تشک‌های مخصوص جهت محافظت و جلوگیری از ایجاد فشار بر پوست استفاده کنید.

ارتقای الگوهای طبیعی دفع ادرار

- جذب و دفع را بررسی کنید.
- از به‌کارگیری سوندفولی اجتناب کرده یا به حداقل برسانید.
- مددجویان را از نظر فقدان کنترل مثانه (بی‌اختیاری) یا احتباس ادرار ارزیابی نمایید.
- الگوهای دفع ادرار بیمار را بررسی کنید.
- مصرف مایعات فراوان را تشویق کنید (در حد تحمل سیستم قلبی ـ عروق بیمار).

افزایش آگاهی بیمار و شرکت وی در تصمیم‌گیری

- وضعیت آگاهی به زمان، مکان و شخص را ارزیابی کنید.
- با خانواده در مورد آگاهی و توانایی‌های شناختی بیمار پیش از صدمه مصاحبه نمایید.
- بیمار را از نظر اختلالات شنوایی و بینایی بررسی کنید.

- بیمار را با محیط آشنا کرده و محیط را تثبیت کنید.
- شرکت در فعالیت‌های بهداشتی و تغذیه‌ای را تشویق نمایید.
- ایمنی لازم را فراهم کنید (برای مثال زمانی که بیمار در تخت است، نرده‌های کنار تخت را بالا نگه دارید، زنگ اخبار را در دسترس وی قرار دهید).
- پاسخهای ذهنی به داروها به‌ویژه آرامبخش‌ها و مسکن‌ها را ارزیابی نمایید.

F

ایجاد مکانیسم‌های مؤثر سازگاری

- بیمار را به بیان نگرانی‌ها و بحث در مورد اثرات احتمالی شکستگی‌اش تشویق کنید.
- استفاده از مکانیسم‌های سازگاری را حمایت نمایید. در صورت نیاز از خویشاوندان و خدمات حمایتی استفاده کنید.
- در صورت ضرورت با سرویسهای اجتماعی تماس بگیرید.
- بیمار را به شرکت در برنامه‌ریزی تشویق کنید.
- رژیم درمانی و برنامه‌ها را جهت ایجاد نگرش مثبت در ارتباط با نوتوانی توضیح دهید.

بررسی و پیش‌گیری از عوارض جانبی احتمالی

- عوارض ریوی: مشکلات تنفسی مزمن را بررسی کرده و به انجام سرفه و تنفس عمیق تشویق کنید. پاسخ بیماران سالمند به داروهای مصرفی (داروهای قلبی، ضد فشارخون، یا تنفسی) را ارزیابی نمایید. حداقل هر ۴ تا۸ ساعت صداهای تنفسی را جهت تشخیص صداهای اضافی یا کاهش صدا بررسی کنید.
- زخم بستر و ترومبوز وریدهای عمقی: دهیدراتاسیون و سوءتغذیه را ارزیابی کرده و با تشویق بیمار به مصرف مایعات کافی و رژیم غذایی متعادل درمان کنید؛ برون‌ده ادرار را ارزیابی نمایید. بیمار را به حرکت تمام مفاصل (به جز مفاصل‌ران و زانوی عضو مبتلا) و استفاده از بازوها و دسته بالای تخت جهت تغییر وضعیت و تقویت بازو و شانه برای تسهیل حرکت با وسایل کمکی، و تحریک هر چه سریع‌تر تشویق کنید. انجام ورزشهای فلکسیون پا را هر ۱ تا ۲ ساعت یک‌بار ترغیب نمایید. از جوراب الاستیک بلند و وسایل

فشاری پنوماتیک جهت پیشگیری از استاز وریدی استفاده کنید. در اولین روز بعد از عمل جراحی، بیمار را با کمک به صندلی منتقل کرده و حرکت با کمک را شروع کنید. پا را حداقل هر ۴ ساعت از نظر علایم DVT ارزیابی نمایید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- محیط منزل بیمار را بررسی کرده و در صورت نیاز به مراکز مراقبت در منزل ارجاع دهید.
- در صورت ضرورت به بیمار در انجام اصلاحات لازم در محیط زندگی برای استفاده ایمن از واکر و چوب زیر بغل و تداوم مراقبت، کمک کنید.
- به بیمار در مورد بررسی عوارض عصبی - عروقی از طریق بررسی عصبی - عروقی پای مبتلا آموزش دهید.
- به بیمار روشهای پیشگیری از DVT را بیاموزید: مصرف مایعات و ورزشهای پا را تشویق کنید.

استفاده از جوراب‌های الاستیک، وسایل فشارنده متوالی و داروهای ضد انعقاد پروفیلاکسی (طبق دستور پزشک) را تشویق نمایید.

- به بیمار در مورد انجام ورزش‌های تنفس عمیق، تغییر وضعیت حداقل هر ۲ ساعت و استفاده از اسپیرومتر انگیزشی برای کمک به پیشگیری از عوارض تنفسی آموزش دهید.
- به بیمار و خانواده بررسی یا پیشگیری از عوارض تاخیری شکستگی ران همچون عفونت، عدم جوش خوردن شکستگی، نکروز سر استخوان ران در اثر اختلال در خون‌رسانی (به‌ویژه در شکستگی‌های گردن استخوان‌ران)، و مشکلات وسایل تثبیت‌کننده (همانند بیرون زدگی وسایل تثبیت کننده از استابولوم؛ شل شدن ابزارهای تثبیت‌کننده) را بیاموزید.

ارزشیابی

نتایج مورد انتظار از بیمار

- تسکین درد را گزارش می‌دهد.
- در برنامه درمانی شرکت می‌کند.

- الگوی طبیعی دفع‌ادرار حفظ شده است.
- بهبود طبیعی زخم را نشان می‌دهد.
- استفاده از مکانیسم‌های سازگاری مؤثر را ابراز می‌کند.
- بیمار آگاه بوده و در تصمیم‌گیری شرکت می‌کند.
- ارتباط مؤثر برقرار می‌نماید.
- عارضه جانبی را تجربه نمی‌کند.

F

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سوداروث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.



التهاب معده Gastritis

گاستریت حاد، التهاب مخاط معده در مدت چند ساعت تا چند روز می‌باشد. بی‌احتیاطی تغذیه‌ای علت شایع آن است (غذاهای محرک که حاوی ادویه فراوان هستند یا غذای آلوده). سایر علل شامل مصرف بیش از حد الکل، استفاده از آسپرین یا سایر داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، رفلاکس صفرا، یا پرتو درمانی می‌باشند. شدیدترین حالت التهاب حاد معده توسط اسیدها یا قلیاهای قوی ایجاد می‌شود، که ممکن است موجب گانگرن یا پارگی مخاط معده شود. همچنین التهاب معده ممکن است اولین علامت عفونت حاد سیستمیک باشد.

گاستریت مزمن التهاب طولانی مدت معده بوده که ممکن است در اثر زخم‌های خوش‌خیم یا بدخیم معده با باکتریها همانند *هلیکوباکترپیلوری* به‌وجود آید. گاستریت مزمن ممکن است با بیماریهای خود ایمنی همچون کم‌خونی پرنیشز[1] و عوامل غذایی همانند نوشیدنی‌های داغ، ادویه‌جات، مصرف دارو (برای مثال NSAIDs)، الکل، سیگار کشیدن، یا رفلاکس محتویات روده به معده ایجاد شود. التهاب مزمن معده در فوندوس یا تنه معده بروز می‌کند. زخم سطحی ممکن است روی دهد و دچار خون‌ریزی شود.

تظاهرات بالینی

التهاب حاد معده

- می‌تواند بدون علامت باشد.
- درد شکم همراه با سردرد، ضعف، تهوع، بی اشتهایی، استفراغ و سکسکه.

1- Pernicious anemia

- خونریزی
- درد کولیکی و اسهال ناشی از غذای محرک که با استفراغ برگشت داده نشده و به روده رسیده است.
- بهبودی در مدت ۱ روز، اگرچه اشتها ممکن است برای ۲ تا ۳ روز کاهش یابد.

التهاب مزمن معده

- ممکن است به‌جز علایم کمبود ویتامین B_{12} (در صورت وجود) بدون علامت باشد.
- بی‌اشتهایی، سوزش سر دل بعد از غذا، آروغ زدن، مزه ترش در دهان، یا تهوع و استفراغ.

بررسی و یافته‌های تشخیصی

- التهاب معده با آکلریدری[1] یا هیپوکریدی[2] (فقدان یا کاهش اسید هیدروکلریک) یا میزان زیاد اسید مربوط است.
- آندوسکوپی، گاستروسکوپی، عکس‌های رادیوگرافی دستگاه گوارش فوقانی، و بیوپسی و بررسی‌های بافت‌شناسی انجام می‌شوند.
- بررسی سرولوژیک از نظر آنتی‌بادی‌ها بر علیه آنتی‌ژن هلیکوباکترپیلوری و آزمون تنفس ممکن است صورت گیرند.

درمان طبی

التهاب حاد معده

بیمار باید از مصرف الکل و مواد غذایی تا زمان رفع علایم خودداری نماید. سپس مددجو می‌تواند مصرف مواد غذایی بدون محرک را آغاز کند. اگر علایم تداوم یابند، مایعات داخل وریدی ممکن است ضرورت یابند. در صورت وجود خون‌ریزی، درمان مشابه خون‌ریزی سیستم گوارش فوقانی می‌باشد.

اگر گاستریت در اثر مصرف اسیدها یا بازهای قوی ایجاد شود، اسید را با آنتی‌اسیدهای معمول (همانند) هیدروکسید آلومینیوم) رقیق و خنثی کنید؛ قلیا

1- Achlorhydria 2- Hypochlorhydria

را با آب‌لیمو یا سرکه رقیق‌شده خنثی نمایید. اگر صدمه وسیع یا شدید می‌باشد، از مصرف ضدتهوع و شستشو معده به علت‌خطر پارگی خودداری کنید.

درمان حمایتی ممکن است شامل سوند بینی معدی، داروهای مسکن و آرامبخش باشد.

جراحی اورژانس ممکن است جهت برداشتن بافت گانگرن یا سوراخ شده مورد نیاز باشد؛ برداشتن معده (گاستروژژونوستومی)[1] ممکن است جهت درمان انسداد پیلور ضرورت یابد.

G

التهاب مزمن معده

اصلاح رژیم غذایی، استراحت، کاهش تنش و دارو درمانی، روش‌های اصلی درمان هستند. اگر گاستریت با عفونت *هلیکوباکترپیلوری* مرتبط است درمان ممکن است شامل آنتی‌بیوتیک درمانی (همانند، تتراسایکلین، آموکسی‌سیلین) و نمکهای بیسموت/پپتوبیسمول[2]) باشد.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به گاستریت

بررسی

- از بیمار درباره علایم و نشانه‌های ذیل بپرسید: سوزش سر دل، سوء هاضمه، تهوع، استفراغ. چه زمانی نشانه‌ها ایجاد می‌شوند؟ آیا نشانه‌ها با اضطراب، تنش، حساسیت، خوردن و نوشیدن بسیار زیاد یا بسیار سریع مرتبط هستند؟ چگونه نشانه‌ها تسکین می‌یابند؟
- درباره ابتلاء اطرافیان بیمار به نشانه‌های مشابه و وجود خون در محتویات استفراغ، یا سوزش هنگام بلع بپرسید.
- معاینه کامل جسمی را انجام دهید. وجود تندرنس شکمی، دهیدراتاسیون، و علایم اختلال سیستمیک (ممکن است مسئول نشانه‌ها باشند) را بررسی نمایید.

1- Gostrojejunostomy

2- Bismuth (Pepto-Bismol)

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- اضطراب در ارتباط با درمان
- اختلال در تغذیه: کمتر از نیازمندی‌های بدن در ارتباط با مصرف ناکافی مواد غذایی
- احتمال کمبود حجم مایع در ارتباط با مصرف ناکافی مایعات و از دست دادن بیش از حد مایع از طریق استفراغ
- درد در ارتباط با تحریک مخاط معده
- کمبود آگاهی درباره رژیم غذایی و فرایند بیماری

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- پرفوراسیون
- خون‌ریزی
- انسداد پیلور

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی شامل کاهش اضطراب، مصرف کافی مواد غذایی، حفظ تعادل مایعات، افزایش آگاهی درباره رژیم غذایی و فقدان یا کاهش درد می‌باشند.

مداخلات پرستاری

کاهش اضطراب

- اقدامات اورژانس جهت مصرف اسیدها یا قلیاها را انجام دهید.
- در حین درمان و بعد از خنثی یا رقیق نمودن اسید یا باز خورده شده، از بیمار و خانواده حمایت کنید.
- بیمار را جهت بررسی‌های تشخیصی بیشتر (آندوسکوپی) یا جراحی آماده نمایید.
- به پرسش‌ها گوش کرده و تا حد ممکن به‌طور کامل پاسخ دهید؛ تمام روش‌ها و درمان‌ها را توضیح دهید.

ارتقای تغذیه مطلوب

- حمایت جسمی و عاطفی از بیماران مبتلا به گاستریت حاد به عمل آورید.
- تا رفع علایم حاد از مصرف غذا و مایعات برای چند ساعت یا چند روز اجتناب کنید.
- در صورت ضرورت مایعات داخل وریدی تجویز کرده و روزانه مقدار الکترولیت سرم را بررسی نمایید.
- با تخفیف نشانه‌ها، از قطعات یخ و مایعات شفاف استفاده کنید.
- با شروع تغذیه، بیمار را به گزارش علایم عود مجدد گاستریت تشویق کنید.
- از مصرف نوشیدنی‌های حاوی کافئین بپرهیزید (کافئین فعالیت معده و ترشح پپسین را می‌افزاید).
- مصرف الکل و کشیدن سیگار را منع نمایید، نیکوتین مانع خنثی شدن اسید معده در دوازدهه می‌شود).
- در صورت نیاز بیمار را به مشاور ترک الکل و سیگار ارجاع دهید

مصرف کافی مایعات

- روزانه جذب و دفع را از نظر وجود دهیدراتاسیون بررسی نمایید (حداقل مصرف ۱/۵ لیتر در روز و برون‌ده ادراری ۳۰ میلی لیتر در ساعت). در صورت تجویز مایعات داخل وریدی تجویز کنید.
- هر ۲۴ ساعت مقادیر الکترولیت‌ها را از نظر عدم تعادل مایع ارزیابی نمایید.
- نسبت به علایم خون‌ریزی معده (استفراغ خونی[1]، تاکی‌کاردی، هیپوتانسیون) هوشیار بوده و به پزشک اطلاع دهید.

تسکین درد

- به بیمار اجتناب از مصرف غذاها و نوشیدنی‌های محرک را بیاموزید.
- به بیمار در مورد مصرف داروها جهت تسکین گاستریت مزمن آموزش دهید.
- درد و تسکین درد به دنبال مصرف داروها و اجتناب از مصرف مواد محرک را بررسی نمایید.

1- Hematemesis

آموزش مراقبت از خود به بیماران

- آگاهی بیمار درباره گاستریت را بررسی کرده و برنامه آموزش منحصر به فرد با توجه به الگوی غذایی نیازهای روزانه به کالری و سلیقه‌های غذایی تدوین کنید.
- فهرستی از موادی که باید پرهیز شوند تهیه کنید (قهوه، نیکوتین، ادویه‌جات، غذاهای پرادویه یا محرک، الکل). در صورت ضرورت با متخصص تغذیه مشورت کنید.
- درباره داروهای تجویزشده همانند آنتی‌بیوتیک‌ها، آنتی‌اسیدها، نمک‌های بیسموت، داروهای آرام‌بخش یا آنتی‌کولینرژیک‌ها آموزش دهید.
- به بیمار مبتلا به آنمی پرنیشز درباره نیاز برای تزریق طولانی مدت ویتامین B_{12} بیاموزید. خود تجویزی ویتامین B_{12} را آموزش دهید یا برنامه‌ای جهت انجام تزریق توسط مراقبین بهداشتی ترتیب دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۷، ***درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث***، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

گلوکوم Glaucoma

گلوکوم به مجموعه‌ای از بیماری‌های چشم اطلاق می‌شوند که با کاهش میزان بینایی در اثر صدمه به عصب بینایی مشخص می‌گردند. صدمه ناشی از افزایش فشار داخل چشم[1] (IOP) می‌باشد که در اثر تجمع زلالیه در چشم به‌وجود می‌آید. گلوکوم یکی از علل نابینایی بالغین در ایالات متحده است. زمانی که گلوکوم به‌موقع تشخیص داده شده و به‌طور مناسب کنترل شود، از نابینایی فرد پیشگیری می‌شود. بیشتر موارد تا زمان بروز صدمه غیر قابل برگشت و وسیع بدون علامت هستند. گلوکوم افراد تمام سنین را گرفتار کرده اما با بالا رفتن سن شیوع آن افزایش می‌یابد (بالای ۴۰ سال). سایر افراد در معرض خطر بیماران مبتلا به دیابت، آفریقایی ـ آمریکائی‌ها، افراد دارای تاریخچه خانوادگی گلوکوم، و افراد دارای صدمه قبلی چشم یا جراحی یا تحت درمان طولانی مدت با استروئیدها می‌باشند.

1- Intraocular pressure

گلوکوم با زاویه باز و زاویه بسته

طبقه‌های اصلی گلوکوم، براساس مکانیسم مختل تخلیه مایع زلالیه، دو نوع با زاویه باز و با زاویه بسته هستند. گلوکوم مادرزادی و گلوکوم ناشی از سایر بیماری‌ها انواع دیگر هستند. پیشتر گلوکوم به دو نوع ذیل طبقه‌بندی می‌شد:

- گلوکوم اولیه: علت ناشناخته؛ معمولاً یک طرفه و احتمالاً زمینه ارثی و ژنتیکی در بروز آن نقش دارد.
- گلوکوم ثانویه: علت شناخته شده؛ اغلب دو طرفه

تظاهرات بالینی

- گلوکوم دارای شروع ناگهانی و سریع یا پیش‌رونده و آهسته و اغلب تا مرحله انتهای بیماری بدون علامت می‌باشد.
- یک چشم اغلب زودتر و شدیدتر از چشم دیگر مبتلا می‌شود.
- علایم شامل درد (درد یا ناراحتی اطراف چشم‌ها و سردرد)، هاله رنگی اطراف نور، تاری دید، مشکل بینایی در نور کم، قرمزی و تغییر در ظاهر چشم (رنگ پریدگی و فرورفتگی دیسک عصب بینایی) می‌باشند.
- با افزایش صدمه عصب بینایی، کاهش درک بینایی محیطی روی می‌دهد.
- درد چشم ناشی از افزایش سریع IOP در اثر التهاب یا عوارض جانبی داروها بوده و احتمالاً با تهوع، استفراغ، تعریق یا برادی‌کاردی همراه است.

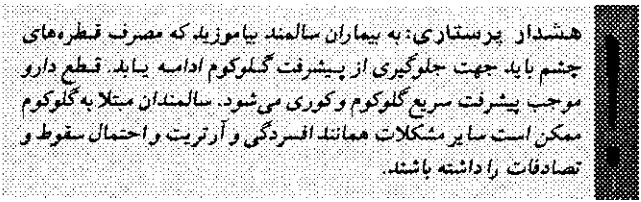
بررسی و روش‌های تشخیص

- بررسی‌های متداول چشم و کلینیک‌های غربال‌گری جهت تشخیص گلوکوم بسیار مهم هستند.
- تاریخچه بینایی و طبی (قرار گرفتن در معرض عوامل مستعد کننده)، تونومتری (اندازه‌گیری IOP)، افتالموسکوپی (مشاهده عصب بینایی)، گونیوسکوپی (بررسی زوایه فیلتراسیون اتاق قدامی)، و پریمتری (بررسی میدان‌های بینایی) روش‌های تشخیصی مهمی می‌باشند.

ملاحظات سالمندی

بیشتر بیماران مبتلا به گلوکوم سالمند هستند. اغلب، کاهش بینایی به‌عنوان

بخشی از سالمندی تلقی شده و اقدامات درمانی جستجو نمی‌شوند. برای افراد بیش از ۳۵ سال سن، تونومتری، با بررسی دوره‌ای فشار چشم، توصیه می‌گردد.



G

درمان طبی

هدف از درمان، پیشگیری از صدمه عصب چشم با کاهش IOP تا سطح مناسب جهت بینایی می‌باشد. درمان تقریباً همواره تا آخر عمر ادامه می‌یابد. همچنین درمان بر دستیابی به حداکثر بهبودی با کمترین خطر، هزینه و ناراحتی برای بیمار متمرکز است. درمان بسته به طبقه‌بندی بیماری و پاسخ به درمان متنوع می‌باشد. دارو، جراحی اخیر و جراحی سنتی یا ترکیب این درمان‌ها ممکن است جهت جلوگیری از پیشرفت صدمه به کار روند. در ابتدا یک چشم درمان شده، سپس دومین چشم.

درمان دارویی

درمان دارویی، درمان اولیه و اصلی گلوکوم است. گلوکوم حاد با زاویه بسته با دارو درمان شده (شامل میوتیک‌ها[1]) تا IOP قبل از لیزر یا ایریدکتومی کاهش یابد. داروهایی که به‌طور معمول به کار می‌روند عبارتند از:

- مسدودکننده‌ها / آنتاگونیست‌های بتاآدرنرژیک به‌طور گسترده جهت کاهش فشارخون استفاده می‌شوند. این داروها در بیشتر موارد گلوکوم مؤثر هستند.
- داروهای کولینرژیک (موضعی) میوتیک (انقباض مردمک) هستند و در درمان کوتاه مدت گلوکوم استفاده می‌شوند.
- آگونیست‌های آلفا ـ ۲ آدرنرژیک (موضعی) با افزایش تخلیه مایع زلالیه موجب کاهش IOP می‌شوند.

1- miotics

- مهارکننده‌های کربنیک آن هیدراز (سیستمیک) و پروستاگلاندین‌ها با کاهش تشکیل مایع زلالیه IOP را کاهش می‌دهند.
- دیورتیک‌های اسموتیک با افزایش اسمولالیتی پلاسما جهت تخلیه مایع چشم به گردش خون وریدی، IOP را کاهش می‌دهند.

درمان جراحی

- جراحی لیزر چشم به عنوان درمان اولیه گلوکوم صورت می‌گیرد یا زمانی که دارو درمانی تحمل نمی‌شود یا در کاهش IOP مؤثر نیست نیاز به جراحی لیزر چشم می‌شود.
- روش‌های جراحی سنتی زمانی انجام می‌شوند که روش‌های لیزر موفقیت‌آمیز نبوده یا بیمار کاندید خوبی برای جراحی لیزر نباشد (برای مثال، بیمار نمی‌تواند بی حرکت بنشیند یا از برنامه‌های آموزشی پیروی کند).
- روش‌های تصفیه‌کردن دریچه یا فیستولی در شبکه ترابکولر (ترابکولکتومی) ایجاد شده تا تخلیه مایع صورت گیرد یا جراحی کاشت درناژ یا شانت ممکن است انجام گردد.

تدابیر پرستاری

- دانش بیمار از گلوکوم حتی بیمار مبتلا به این بیماری برای مدت طولانی را ارزیابی نمایید.
- به بیمار آموزش دهید که کاهش مطلوب IOP و کنترل صدمه گلوکوم نیازمند پیروی کامل از رژیم دارویی و انجام معاینات منظم و پیگیری می‌باشد.
- آموزش نوشتاری ارائه دهید که اسم داروها، توضیح محتویات و تعداد دفعات مصرف و زمان تجویز در آن مشخص باشد. درک فعالیت مورد انتظار و عوارض جانبی احتمالی را کنترل کنید. روش صحیح تجویز قطره چشم (حتی در بیماران با تجربه) را ارزیابی نمایید.
- بیمار را به بررسی تمام داروها با چشم پزشک توصیه کرده و عوارض جانبی در هر ملاقات ذکر گردند.
- بر اهمیت قراردادن تجویز و به عنوان قسمتی از برنامه روزانه تاکید کنید تا هیچ وعده دارویی را از دست ندهید. تاکید نمایید که دارو تداوم می‌یابد حتی زمانی که IOP تحت کنترل است. در صورت وجود فرم ژنریک و کم هزینه

دارو، بیمار را آگاه کنید.

- بیمار را آگاه کنید که داروهای گلوکوم ممکن است موجب مشکلات تمرکز شوند و به بیمار حرکت محتاطانه را توصیه کنید.
- به بیمار آموزش دهید که چگونه به چشمان خود توجه نموده و بررسی کرده و تغییرات غیرعادی را به پزشک گزارش دهد: تحریک شدید، آبریزش، تاری دید، ترشح، هاله رنگی اطراف نور در شب، درخشندگی نور و اجسام شناور در میدان بینایی.
- بیمار را از احتمال تداخلات دارویی بین داروهای گلوکوم و سایر داروها آگاه نمایید.
- بیماران مبتلا به اختلالات شدید را به مراکز کمک کننده ارجاع دهید.
- زمانی که بیماران دارای معیارهای قانونی نابینایی هستند، آنها را به مراکزی ارجاع دهید تا از منافع برنامه‌های کمک‌کننده دولتی بهره‌مند شوند.
- بیمار را به حفظ سلامتی تشویق کرده و تنش را محدود نمایید: تغذیه مناسب، محدودیت نمک، اجتناب از مصرف زیاد مایعات، حفظ وزن مناسب، ورزش کردن و داشتن اوقاتی جهت تفریح و تن آرامی.
- بیمار را به بیان احساسات و نگرانیها به افراد خانواده یا دوستان یا صحبت با سایر بیماران مبتلا به گلوکوم تشویق نمایید؛ از افراد خانواده حمایت به عمل آورید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۸، *درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث*، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

گلومرولونفریت حاد Glomerulonephritis, Acute

گلومرولونفریت حاد بیماری کلیه است که در آن التهاب عروق گلومرولی وجود دارد. در بیشتر موارد، محرک بیماری عفونت استرپتوکوک گروه A می‌باشد، این عفونت موجب شروع گلومرولونفریت در مدت ۲ تا ۳ هفته می‌شود.

پاتوفیزیولوژی

ترکیب آنتی‌ژن ـ آنتی‌بادی در خون وارد گلومرول‌ها شده موجب تحریک و ایجاد صدمه کلیوی می‌گردد. گلومرولونفریت ممکن است به دنبال زرد زخم[1]

1- Impetigo

و عفونت‌های حاد ویروسی همچون عفونت‌های دستگاه تنفس فوقانی، اوریون[1]، عفونت ویروس واریسلازوستر[2]، عفونت ویروس اپشتین‌بار[3]، عفونت ویروس هپاتیت ب و نقص ایمنی‌انسانی (HIV) ایجاد شود. این بیماری عمدتاً در جوانان مشاهده می‌گردد.

تظاهرات بالینی

- ادرار در نتیجه هماچوری و پروتئین اوری به رنگ کولا است.
- در موارد شدیدتر بیماری، سردرد، ضعف، ادم صورت، درد پهلو و نارسایی کلیه همراه با اولیگوری بروز می‌کنند.
- هیپرتانسیون خفیف تا شدید، درجاتی از ادم (احتمال افزایش بار مایع در گردش خون سالمندان)، و تندرنس زاویه دنده‌ای ـ مهره‌ای[4] شایع هستند.
- سالمندان ممکن است افزایش حجم مایع گردش خون داشته باشند: تنگی نفس، اتساع وریدهای گردنی، کاردیومگالی، و ادم ریوی.

بررسی و یافته‌های تشخیصی

- تظاهر اولیه: هماچوری میکروسکوپی یا ماکروسکوپی (واضح)
- پروتئین اوری، افزایش تیتر آنتی‌استرپتولیزین ـ O[5] یا آنتی‌دینازB[6]، افزایش نیتروژن اوره خون و کراتینین سرم و آنمی
- بیوپسی کلیه جهت تشخیص قطعی انجام می‌شود.

درمان طبی

اهداف درمان بازگرداندن عملکرد کلیه و درمان عوارض به‌طور کامل می‌باشند. بیمار در مرحله حاد بیماری تا زمان رفع هماچوری و بازگشت میزان BUM و کراتینین و فشارخون به حد طبیعی در تخت استراحت می‌کند.

1- Mumps
2- Varicella zoster virus
3- Epstein-Barr virus
4- Costvertebral angle tendernes
5- Antistreptolysin-O
6- Anti-DNase B

دارو درمانی

- پنی‌سیلین برای عفونت استرپتوکوکی
- دیورتیک‌ها و داروهای ضد فشارخون بالا
- تعویض پلاسما (پلاسما فرزیس[1]) و درمان با داروهای تضعیف‌کننده سیستم ایمنی، کورتیکواستروئیدها و سایتوتوکسیک‌ها جهت کاهش پاسخ التهابی در بیماری پیش رونده.
- در صورت نیاز انجام دیالیز

اقدامات تغذیه‌ای

- محدودیت رژیم پر پروتئین در نارسایی کلیه و در زمان بالا بودن BUN
- محدودیت سدیم به علت هیپرتانسیون، ادم و نارسایی احتقانی قلب
- کربوهیدرات جهت تولید انرژی و کاهش کاتابولیسم پروتئین
- مایعات براساس اتلاف مایعات و کنترل روزانه وزن و جذب و دفع

تدابیر پرستاری

- محدودیت‌های مایع و غذا را مرور کنید.
- بیمار را جهت ارزیابی پیگیری فشارخون، ادرار از نظر پروتئین، و بررسی BUN و کراتینین جهت تعیین پیشرفت بیماری آموزش دهید.
- به بیمار توضیح دهید که در صورت مشاهده عفونت یا علایم نارسایی کلیه (خستگی، تهوع، استفراغ، کاهش برون ده ادراری) به پزشک اطلاع دهد.
- در صورت نیاز جهت بررسی و تعیین علایم اولیه بیمار را به پرستار مراقبت در منزل ارجاع دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۵، ***درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث***، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

1- Plasmapheresis

گلومرولونفریت مزمن Glomerulonephritis, chronic

گلومرولونفریت مزمن ممکن است شروعش به صورت گلومرولونفریت حاد یا سایر انواع واکنش آنتی‌ژن آنتی‌بادی باشد. بعد از وقوع مکرر این واکنش‌ها اندازه کلیه‌ها تا $\frac{1}{5}$ اندازه طبیعی کاهش می‌یابد و بیشتر از بافت فیبروزی تشکیل می‌شود. با پیشرفت گلومرولونفریت مزمن، علایم و نشانه‌های نارسایی کلیه و نارسایی مزمن کلیه بروز می‌کنند. بیماری موجب صدمه وسیع و شدید گلومرولی و نهایتاً بیماری کلیه در مرحله انتهایی (ESRD) می‌شود.

G

تظاهرات بالینی

نشانه‌ها متغیر هستند. برخی بیماران مبتلا به بیماری شدید برای سال‌ها نشانه‌ای ندارند.

علایم و نشانه‌های شایع

- اولین نشانه‌ها ممکن است خون‌ریزی شدید و ناگهانی بینی، سکته مغزی یا تشنج باشند.
- بیشتر بیماران متوجه می‌شوند که پاهایشان به طور جزیی در شب متورم می‌گردند.
- سایر نشانه‌ها شامل کاهش وزن و قدرت افزایش تحریک پذیری و ادرار شبانه می‌باشند.
- سردردها، به سرگیجه و اختلالات گوارشی شایع هستند.

نارسایی کلیه و نارسایی مزمن کلیه

- به‌نظر می‌رسد بیمار دچار سوء تغذیه با پوست زرد متمایل به خاکستری، ادم دور چشم و محیطی و غشاهای مخاطی رنگ پریده است.
- فشارخون طبیعی یا بسیار بالا است.
- یافته‌های شبکیه شامل خون‌ریزی، اگزودا، شریان‌های باریک پیچ در پیچ و ادم پاپیلا می‌باشند.
- وریدهای گردن ممکن است در اثر افزایش حجم مایع متسع شده باشند.
- کاردیومگالی، ریتم گالوپ، و سایر علایم نارسایی قلب ممکن است وجود داشته باشند.

- کراکل در ریه‌ها
- احتمال نروپاتی محیطی با کاهش رفلکس‌های تاندون عمقی
- تغییرات عصبی ـ حسی در انتهای بیماری روی می‌دهند و به صورت گیجی و محدودیت وسعت توجه می‌باشند. سایر علایم تاخیری شامل پریکاردیت با فرکشن‌راب پریکاردیال[1] و نبض متناقص هستند.

بررسی و یافته‌های تشخیصی

در بررسی آزمایشگاهی، یافته‌های غیرطبیعی ذیل ممکن است وجود داشته باشند:

- تجزیه ادرار: وزن مخصوص ثابت ۱/۰۱۰، پروتئین‌اوری متغیر و قالب‌های[2] ادراری.
- بررسی‌های خون مرتبط با پیشرفت نارسایی کلیه: هیپرکالمی، اسیدوزمتابولیک، آنمی، هیپوآلبومینمی، کاهش کلسیم سرم و افزایش فسفر سرم و هیپرمنیزیمی.
- عکس‌های قفسه سینه: بزرگی قلب و ادم ریوی.
- الکتروکاردیوگرام: طبیعی یا ممکن است نشانه هیپرتروفی بطن چپ باشد
- اختلال در هدایت عصبی

درمان طبی

درمان بیماران علامتی می‌باشد

- اگر هیپرتانسیون وجود دارد، فشارخون با محدودیت آب و نمک کاهش می‌یابد.
- پروتئین‌ها با ارزش بیولوژیک زیاد جهت حمایت از وضعیت مناسب تغذیه‌ای فراهم می‌شوند (لبنیات، تخم‌مرغ، گوشت‌ها).
- عفونت‌های مجاری ادراری به‌طور کامل درمان می‌شوند.
- در صورت ایجاد ادم شدید، بیمار باید در تخت استراحت نموده و سر تخت برای افزایش راحتی و دیورز بالا برده شود.
- وزن روزانه کنترل می‌شود.
- دیورتیک‌ها جهت کاهش افزایش بار مایع تجویز می‌گردند.

1- Pericardial friction rub 2- Casts

- مصرف مایع و سدیم براساس توانایی کلیه برای ترشح آب و سدیم تنظیم می‌شود.
- دیالیز در مرحله اول بیماری جهت حفظ بیمار در شرایط مطلوب جسمی، پیشگیری از عدم تعادل مایع و الکترولیت و به حداقل رساندن عوارض جانبی نارسایی کلیه در نظر گرفته می‌شود.

G

تدابیر پرستاری

- اضمحلال عملکرد کلیه را بررسی نمایید، تغییرات در وضعیت آب و الکترولیت و قلب و سیستم را گزارش کنید.
- در طول بیماری و درمان با ایجاد فرصت‌هایی برای بیمار و خانواده جهت بیان نگرانی‌هایشان حمایت کافی به عمل آورید. به سوالات پاسخ داده و در مورد مسائل بحث کنید.
- به بیمار و خانواده درباره برنامه درمانی تجویز شده و خطرات عدم تبعیت از درمان آموزش دهید. درباره نیاز جهت ارزیابی‌های پیگیر فشارخون، تجزیه ادرار از نظر پروتئین و سیلندرهای ادراری، خون از نظر BUN و کراتینین توضیح دهید. رژیم غذایی توصیه شده و کاهش مصرف مایعات و داروها را بیاموزید.
- جهت بررسی پیشرفت بیمار و آموزش مداوم درباره مشکلات و گزارش آنها به مراقب بهداشتی وی را به پرستار بهداشت جامعه یا مراقبت در منزل ارجاع دهید.
- بیمار و خانواده را در مورد دیالیز و انجام طولانی مدت آن یاری نموده و حمایت کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۵، ***درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث***، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

نقرس گروهی از بیماری‌های مختلف در ارتباط با نقص ژنتیکی پورین می‌باشد و موجب هیپراوریسمی[1] می‌گردد.

پاتوفیزیولوژی

در نقرس افزایش ترشح اسیداوریک یا کاهش ترشح اسیداوریک به‌علت اختلال کلیه یا ترکیبی از دو حالت وجود دارد. هیپراوریسمی اولیه ممکن است در اثر رژیم غذایی شدید یا گرسنگی، افزایش مصرف غذاهای غنی از پورین (صدف، گوشت قرمز)، یا ارثی به وجود بیاید. در هیپراوریسمی ثانویه، نقرس تظاهر بالینی ثانویه به تعدادی از فرایندهای ژنتیکی یا اکتسابی همچون بیماری‌های همراه با افزایش جایگزینی سلولی (لوسمی، مولتیپل میلوما، پسوریازیس، برخی از کم خونی‌ها) و افزایش تخریب سلولی می‌باشد.

تظاهرات بالینی

چهار مرحله نقرس قابل تشخیص هستند: هیپراوریسمی بدون علامت، آرتریت نقرس حاد، نقرس بحران و نقرس تیفوس مزمن[2].

آرتریت نقرس حاد

- آرتریت حاد شایع‌ترین علامت اولیه می‌باشد.
- مفصل متاتارسوفالنژیال (MTP)[3] انگشت بزرگ پا بیشتر گرفتار می‌شود؛ همچنین نواحی تارسال، قوزک یا زانو ممکن است مبتلا شوند.
- حمله حاد ممکن است توسط صدمه، مصرف الکل، رژیم غذایی، دارو، استرس جراحی یا بیماری آغاز شود.
- شروع ناگهانی در شب روی داده و موجب درد شدید، قرمزی، تورم و گرمی روی مفصل مبتلا می‌شود.
- حملات اولیه معمولاً به‌طور خود به خودی در مدت ۳ تا ۱۰ روز بدون

1- Hyperuricemia
2- Chronic tophaceous gout
3- Metatarsophalangeal

درمان بهبود می‌یابند.
- حمله بعدی ممکن است تا ماهها یا سال‌ها روی ندهد؛ این حملات به‌طور مکرر بروز کرده و بیشتر مفاصل را برای مدت طولانی مبتلا می‌سازند.

هیپراوریسمی
- در کمتر از یک نفر از ۵ فرد هیپراوریسمیک به‌طور بالینی رسوبات کریستال اورات به‌وجود می‌آید.
- حملات بعدی نقرس ارتباط مستقیم با طول مدت و مقدار هیپراوریسمی دارند.

توفی[1]
- توفی، رسوبات گچی سدیم اورات، به‌طور متوسط ۱۰ سال بعد از شروع نقرس بروز می‌کنند.
- توفی به‌طور معمول با دوره‌های مکرر و شدید التهاب همراه هستند.
- غلظت‌های بالای اسیداوریک سرم با تشکیل توفوس در ارتباط می‌باشند.
- توفی در سینوویوم[2]، اولکرانون بورسا[3]، استخوان ساب کوندرال[4]، زیر پاتلا و تاندون‌های آشیل، بافت زیر جلدی و بیشتر مفاصل به‌وجود می‌آیند.
- توفی در دیواره‌های آئورتی، دریچه‌های قلب، غضروف بینی و گوش، پلکها، قرنیه و صلبیه نیز یافت می‌شود.
- بزرگی مفصل ممکن است موجب از دست دادن حرکت شود.

خطر تشکیل سنگ‌های ادراری (سنگ‌های کلیه)
- شیوع سنگ‌های کلیه در بیماران مبتلا به نقرس ثانویه دو برابر بیشتر از افراد مبتلا به نقرس اولیه می‌باشد.
- تشکیل سنگ با افزایش اسیداوریک سرم، اسیدیته ادرار و غلظت ادرار مرتبط است.

1- Tophi
2- Synovium
3- Olecranon
4- Subchondral

بررسی و روش‌های تشخیص

میکروسکوپی نوری پولاریزه از مایع سینوویال مفصل مبتلا

درمان طبی

- هیپراوریسمی، توفی، تخریب مفصل، و مشکلات کلیه بعد از رفع فرایند التهابی حاد تحت درمان قرار می‌گیرند.
- داروهای ترشح اسیداوریک در ادرار[1]، همانند پروبنسید[2] موجب تصحیح هیپراوریسمی و حل رسوب‌های اورات می‌شوند.
- کلشی‌سین (خوراکی یا تزریقی) یا داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAID)، همانند ایندومتاسین، جهت تسکین حملات حاد به کار می‌روند.
- آلوپرینول مؤثر است اما به علت احتمال سمیت مصرف آن محدود شده است.
- آسپیراسیون و کورتیکواستروئیدهای داخل مفصلی جهت درمان حملات حاد در مفاصل بزرگ استفاده می‌شوند.

تدابیر پرستاری

بیمار را به محدودیت مصرف غذاهای غنی از پورین به ویژه گوشت قرمز و نیز نوشیدن الکل تشویق کنید. بیمار را به حفظ وزن خود در حد طبیعی تشویق نمایید. این روش‌ها ممکن است به پیشگیری از دوره دردناک نقرس کمک کنند.

در دوره حاد آرتریت نقرس، درمان درد ضروری است. داروها را با بیمار و خانواده مرور کنید. اهمیت تداوم مصرف داروها و حفظ اثر بخشی را تاکید نمایید. جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری در آرتریت مراجعه کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۴، ***درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث***، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

1- Uricosuric

2- Probenecid

Guillain-Barre Syndrome (Poly radiculo neuritis)

سندرم گلین‌باره (پلی نوریت ریشه‌ای)

سندرم گلین‌باره (GBS) میلین زدایی[1] حاد، سریع و بخشی اعصاب می‌باشد و موجب ضعف بالا رونده می‌شود. در بیشتر بیماران، سندرم در اثر عفونت (تنفسی یا گوارشی ۲ تا ۳ هفته پیش از شروع علایم به‌وجود می‌آید. در برخی موارد این سندرم پس از واکسیناسیون، حاملگی یا جراحی روی می‌دهد.

G

پاتوفیزیولوژی

GBS در اثر واکنش خود ایمنی که به میلین اعصاب محیطی، نخاعی و جمجمه‌ای حمله می‌کند روی می‌دهد. سلول شوان[2] (در سیستم اعصاب محیطی میلین تولید می‌کند) تحت تاثیر GBS قرار نگرفته و موجب تشکیل مجدد میلین در مرحله بهبودی بیماری می‌شود.

تظاهرات بالینی

تظاهرات بالینی کلاسیک GBS شامل فقدان رفلکس‌ها و ضعف بالا رونده می‌باشند، اگرچه ممکن است تفاوت‌هایی در بروز علایم باشد. GBS عملکرد شناختی یا سطح هوشیاری را تحت تاثیر قرار نمی‌دهد.

- نشانه‌های اولیه عصبی ضعف عضلات پا هستند که ممکن است به اندام‌های فوقانی، تنه (کوادری‌پلژی) و عضلات صورت پیشرفت کنند. به دنبال هیپورفلکسی و ضعف ممکن است سریعاً پارالزی کامل از جمله فلج عضلات دیافراگم و بین دنده‌ای و در نتیجه نارسایی تنفسی، به‌وجود آید.
- اعصاب جمجمه‌ای غالباً مبتلا شده و موجب فلج عضلات چشم، صورت و حلق دهانی و در نتیجه مشکل در تکلم، جویدن و بلعیدن می‌گردند.
- اختلال در عملکرد خودکار غالباً به صورت افزایش یا کاهش تحریک سیستم اعصاب سمپاتیک یا پاراسمپاتیک روی می‌دهد. علایم آن عبارتند از: اختلال در ریتم و تعداد ضربان قلب (تاکی‌کاردی یا برادی‌کاردی)، تغییرات فشارخون (هیپرتانسیون یا هیپوتانسیون ارتوستاتیک) و انواع اختلالات وازوموتور.

1- Demyelination

2- Schwann cell

- بیمار ممکن است درد شدید و مداوم در پشت را گزارش دهد.
- در بیشتر موارد، بیماران فقدان حس وضعیت و کاهش یا فقدان رفلکس‌های تاندون را دارند.
- تغییرات حسی به صورت پارستزی (سوزش و بیحسی) تظاهر می‌یابند.
- بیشتر بیماران بعد از چند ماه تا یکسال بهبودی کامل می‌یابند؛ حدود ۱۰٪ افراد دچار ناتوانی می‌شوند.

بررسی و یافته‌های تشخیصی

- تظاهرات بالینی (پیشرفت بالارونده ضعف)، تاریخچه اخیر عفونت ویروسی و نتایج آزمایشگاهی مطالعات تشخیصی اطلاعات کلیدی برای تشخیص ارائه می‌دهند.
- مایع نخاعی افزایش غلظت پروتئین با شمارش سلولی طبیعی را نشان می‌دهد.
- بررسی الکتروفیزیولوژیک کاهش قابل توجه سرعت هدایت عصبی را نشان می‌دهد.
- بررسی‌های عملکرد ریوی: تغییرات ظرفیت حیاتی و نیروی منفی دمی ممکن است نشانه قریب‌الوقوع نارسایی تنفسی باشند.

درمان طبی

- GBS یک اورژانس طبی است؛ بیمار در بخش مراقبت ویژه تحت درمان قرار می‌گیرد.
- ۲۵٪ بیماران دارای مشکلات تنفس نیازمند تهویه مکانیکی هستند.
- پلاسمافرزیس (تعویض پلاسما) یا ایمونوگلوبولین داخل وریدی ممکن است جهت جلوگیری از اضمحلال و دمیلینیه شدن به کار رود.
- بررسی مداوم الکتروکاردیوگرام (ECG): دیس ریتمی‌های قلبی و سایر عوارض بی ثبات اختلال در عملکرد خودکار را بررسی و درمان نمایید. تاکی‌کاردی و هیپرتانسیون با داروهای کوتاه اثر همانند داروهای مهارکننده آلفا آدرنرژیک درمان می‌شوند. هیپوتانسیون با افزایش مقدار تجویز مایعات داخل وریدی کنترل می‌گردد.

دارو درمانی

آتروپین ممکن است جهت اجتناب از داروهای برادی‌کاردی در حین ساکشن داخل تراشه و فیزیوتراپی تجویز گردد. داروهای ضد انعقاد و جوراب‌های الاستیک یا چکمه‌های فشارنده متوالی ممکن است جهت پیشگیری از ترومبوز و آمبولی ریوی ثانویه به بی حرکتی مورد استفاده قرار گیرند.

G

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به سندرم‌گلین‌باره

بررسی (مشکلات فعلی و حاد)

وجود نارسایی تنفسی حاد، یک مشکل تهدید کننده زندگی را بررسی نمایید. همچنین بیمار را از نظر عوارض جانبی، همچون بررسی ECG از نظر دیس ریتمی قلبی، ترومبوز ورید عمقی (DVT) و آمبولی ریوی، ارزیابی کنید. ثبت پیشرفت بیماری مهم است.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- الگوی تنفسی غیر مؤثر و اختلال در تبادل گاز در ارتباط با ضعف پیش‌رونده و نارسایی تنفسی قریب‌الوقوع
- اختلال در تحرک جسمی در ارتباط با فلج
- اختلال در تغذیه: کمتر از نیازمندی‌های بدن در ارتباط با ناتوانی برای بلع ثانویه به اختلال در عملکرد عصب جمجمه‌ای است.
- اختلال در برقراری ارتباط کلامی به‌علت اختلال در عملکرد عصب جمجمه‌ای
- ترس و اضطراب در ارتباط با فقدان کنترل و فلج

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- نارسایی تنفسی
- اختلال در عملکرد اعصاب خودکار

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی شامل بهبود عملکرد تنفسی، افزایش تحرک، بهبود وضعیت‌تغذیه،

برقراری ارتباط مؤثر، کاهش ترس و اضطراب و فقدان عوارض جانبی می‌باشند.

مداخلات پرستاری

حفظ عملکرد تنفس

- بیمار را به دقت از نظر مشکل در سرفه و بلع بررسی کنید، که ممکن است موجب آسپیراسیون بزاق و بدخیم‌تر شدن نارسایی حاد تنفسی گردد.
- استفاده از اسپیرومتری انگیزش انجام فیزیوتراپی تنفس، و بالا بردن سر تخت جهت تسهیل تنفس‌ها و سرفه مؤثر را تشویق کنید.
- راه‌های هوایی را با ساکشن کردن باز نگه دارید.

G

بررسی عوارض جانبی:

نارسایی تنفس و مشکلات قلبی ـ عروقی

- مشکل در سرفه کردن و بلعیدن یا کاهش ظرفیت حیاتی کمتر از ۱۵mL/kg و Pao_2 کمتر از ۷۰mmHg، ضعف بولبار[1] پیشرونده، ناتوانی برای تخلیه ترشحات تنفسی (علایم اختلال در عملکرد تنفسی و نیاز برای تهویه) را بررسی و گزارش کنید.
- تنگی نفس بیمار حین تکلم، تنفس سطحی و منظم، افزایش تعداد ضربان قلبی، استفاده از عضلات کمکی حین تنفسی و تغییر در الگوی تنفس را بررسی نمایید.
- حین پذیرش نیاز بالقوه جهت تهویه مکانیکی را با بیمار و خانواده مشخص نمایید تا فرصت بحث و حمایت روانی باشد.
- دیس‌ریتمی‌های قلبی (با بررسی ECG)، هیپرتانسیون گذرا، هیپوتانسیون ارتوستاتیک، DVT، آمبولی‌ریوی و احتباس ادراری را ارزیابی کرده و گزارش کنید.

افزایش تحرک و پیشگیری از عوارض جانبی بی‌حرکتی

- روش‌های پیشگیری در ارتباط با احتباس ادرار، هیپرتانسیون موقت، هیپوتانسیون ارتوستاتیک یا سایر عوارض بیمار بی‌حرکت یا فلج را بررسی

1-Bulbar

و انجام دهید.

- ورزشهای غیرفعال دامنه حرکتی را حداقل دوبار در روز انجام دهید؛ از اندامهای فلج در موقعیتهای عملکردی حمایت نمایید. وضعیت بیمار را حداقل هر ۲ ساعت تغییر دهید.
- با فیزیوتراپ جهت پیشگیری از دفورمیتی اعضاء همکاری نمایید.
- تغذیه و هیدراتاسیون کافی برای جلوگیری از سوءتغذیه یا هیدراتاسیون فراهم کنید زیرا این دو شرایط احتمال زخم بستر را می‌افزایند (به مورد ذیل توجه نمایید).
- رژیم ضدانعقادی دستور داده شده را جهت پیشگیری از DVT و آمبولی ریه تجویز نمایید؛ با فیزیوتراپ همکاری کنید؛ و از جوراب‌های ضد آمبولی استفاده نمایید.
- بالشتکهایی را روی برجستگی‌های استخوانی همانند آرنج و سر فیبولا جهت پیشگیری از نوروپاتی فشاری اعصاب اولنار و پرونئال قرار دهید.
- از اصول مراقبت پرستاری از بیمار بیهوش استفاده کنید.
- هنگام شروع بهبودی، با استفاده از میز مایل (کج) جهت کمک به بیمار برای قرارگیری در وضعیت قائم از هیپوتانسیون ارتوستاتیک پیشگیری کنید.

فراهم نبودن هیدراتاسیون و تغذیه کافی

- نتایج آزمایشگاهی نشان دهنده سوء تغذیه یا هیدراتاسیون (این دو شرایط احتمال زخم بستر را می‌افزایند) را ارزیابی کنید.
- با پزشک و متخصص تغذیه جهت رفع نیاز بیمار به غذا و مایع همکاری کنید. تغذیه کافی جهت پیشگیری از اتلاف عضله فراهم کنید.
- مایعات و غذاهای داخل وریدی را طبق تجویز فراهم نموده و بازگشت صداهای روده را بررسی نمایید.
- در صورتی که بیمار نمی‌تواند ببلعد لوله گاستروستومی جهت تغذیه فراهم کنید.
- زمانی که بیمار می‌تواند به‌طور طبیعی ببلعد، تغذیه دهانی را آغاز نمایید.

کمک به برقراری ارتباط

- با بیمار تحت تهویه مکانیکی یا ناتوان برای صحبت کردن از طریق لب خوانی، به کارگیری کارت‌های تصویر یا سیستم پلک زدن جهت نشان دادن بله یا خیر ارتباط برقرار کنید. با گفتار درمان در صورت نیاز همکاری نمایید.
- وسایل انحراف فکر همانند تلویزیون، نوار، و ملاقات با بیمار بهبود یافته فراهم کنید.

G

تسکین ترس و اضطراب

- خانواده و دوستان را در فعالیت‌های مراقبت از بیمار و انحراف فکر جهت کاهش احساس انزوا شرکت دهید.
- به بیمار اطلاعاتی درباره بیماری ارائه کرده و بر ارزیابی مثبت منابع سازگاری تاکید نمایید.
- ورزشهای تن آرامی و روش‌های انحراف فکر را تشویق کنید (دادن باز خورد مثبت)
- نگرش و جوّ مثبتی ایجاد کنید.
- مراقبت پرستاری ماهرانه، توضیحات کافی و اطمینان مجدد جهت کمک به بیمار برای کسب تسلط بر موقعیت ارائه دهید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار و خانواده درباره اختلال و پیش‌آگهی مطلوب بیماری در کل آموزش دهید.
- در مدت مرحله حاد، به بیمار و خانواده درباره روشهایی جهت کاهش اثرات بی حرکتی و سایر عوارض جانبی آموزش دهید.
- مراقبت از بیمار و نقش‌های بیمار و خانواده در فرایند نوتوانی را توضیح دهید.
- با همکاری بین بخشی جهت آموزش خانواده یا مراقب استفاده کنید (پرستار، پزشک، درمانگر و فیزیوتراپ، گفتار درمان و تنفس درمان).

تداوم مراقبت

- اگر بیمار می‌تواند با ماشین مسافرت کند برنامه جامع بیماران بستری یا

برنامه بیماران سرپایی را ارائه دهید، یا برنامه فیزیوتراپی و کار درمانی در منزل را تشویق نمایید.

- بیمار و خانواده را در مرحله طولانی بهبودی حمایت کرده و آنها را برای بازگشت بیمار به توانایی‌های پیشین ترغیب کنید.
- بیمار و مراقبین را درباره گروههای حمایتی آگاه کنید.

G

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- تنفس مؤثر و راه‌های هوایی پاک حفظ شده است.
- افزایش تحرک رانشان می‌دهد
- تغذیه و مایعات کافی دریافت می‌کند
- بهبودی تکلم را ابراز می‌کند
- کاهش ترس و اضطراب رانشان می‌دهد
- عاری از عوارض جانبی است

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۴، *درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث*، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.



سردرد Headache

سردرد (سفالژیا)[1] یکی از شایع‌ترین مشکلات جسمی انسان است. سردرد در واقع یک نشانه است نه یک بیماری و ممکن است نشانه بیماری جسمی (عصبی)، پاسخ به استرس، اتساع عروق (میگرن)، کشش عضلانی اسکلتی (سردرد تنشی) یا ترکیبی از این عوامل باشد.

سردرد ثانویه یک نشانه همراه با علل ارگانیک همانند تومور مغز یا آنوریسم، خون‌ریزی تحت عنکبوتیه، سکته مغزی، فشارخون بالا، مننژیت، و صدمه سر، می‌باشد. سردردها به انواع اولیه و ثانویه طبقه‌بندی می‌شوند.

سردردهای اولیه عبارتند از:

- میگرن (با و یا بدون اورا)[2]
- سردرد نوع تنشی
- سردرد خوشه‌ای[3] و سردردهای ناگهانی یکطرفه

از جمله سردردهای ثانویه عبارتند از:

- سردرد گوناگون همراه با ضایعات ساختاری
- سردرد ناشی از ترومای سر
- سردرد مرتبط با اختلالات عروقی (برای مثال، خون‌ریزی تحت عنکبوتیه)
- سردرد ناشی از اختلالات غیرعروقی داخل جمجمه (برای مثال، تومور مغز)
- سردرد در ارتباط با مصرف یا ترک مواد شیمیایی
- سردرد همراه با عفونت غیرسفالیک
- سردرد مرتبط با اختلال متابولیک (برای مثال هیپوگلیسمی)

1- Cephalgia
2- Aura
3- Cluster

- سردرد یا درد صورت در ارتباط با اختلال سر، گردن یا ساختارهایشان (برای مثال گلوکوم حاد)
- نورالژیای جمجمه‌ای (درد مداوم با منشاء اعصاب جمجمه‌ای)

سردرد میگرنی

این نشانه پیچیده با حملات دوره‌ای و عودکننده سردرد شدید مشخص می‌شود. علت میگرن به‌طور دقیق مشخص نشده است،اما اساساً اختلال عروقی است که به‌طور شایع در زنان روی داده و گرایش‌های خانوادگی وجود دارند. شروع سردرد معمولاً در دوران بلوغ با بیشترین شیوع بین ۲۰ و ۳۵ سال سن روی می‌دهد.

H

تظاهرات بالینی

درد اغلب در اوایل صبح شروع می‌شود (سردرد هنگام بیداری). حمله کلاسیک میگرن به ۴ مرحله تقسیم‌بندی می‌شود: علامت اولیه[1]، اورا، سردرد و بهبودی.

مرحله اولیه

- در ۶۰٪ بیماران مبتلا به سردرد میگرنی وجود دارد.
- نشانه‌ها ممکن است ساعت‌ها تا ۲ روز پیش از شروع میگرن روی دهند.
- افسردگی، تحریک‌پذیری، احساس سرما، تمایلات غذایی، بی‌اشتهایی، تغییر در سطح فعالیت، افزایش دفع ادرار، اسهال یا یبوست ممکن است با هر حمله سردرد میگرنی مشاهده شوند.

مرحله اورا

- در حدود ۲۰٪ بیماران روی داده و برای ۳۰ دقیقه طول می‌کشد.
- علایم عصبی موضعی عمدتاً اختلالات بینایی (جرقه‌های نورانی) بروز

1- Prodrome

نموده و ممکن است همی آنوپتیک[1] (بروز در نیمی از میدان بینایی) باشد.
- بی‌حسی یا گزگز صورت یا دست‌ها، گیجی خفیف، ضعف جزیی یک عضو و خواب آلودگی و سرگیجه ممکن است وجود داشته باشند.

مرحله سردرد
این مرحله در ۶۰٪ بیماران روی داده و شامل سردرد نبض‌دار یک طرفه می‌باشد که در مدت چند ساعت تشدید می‌شود. درد شدید و ناتوان‌کننده بوده، اغلب با ترس از نور، تهوع و استفراغ همراه است و از ۴ تا ۷۲ ساعت طول می‌کشد.

H

مرحله بهبودی (علامت انتهایی و پایانی)
- درد به تدریج تسکین می‌یابد.
- دوره‌ای از انقباض عضلانی در گردن و سر همراه با درد عضله و تندرنس موضعی، خستگی و تغییرات خلق وجود دارد.
- خستگی جسمی سردرد را تشدید می‌نماید.
- بیمار ممکن است برای یک دوره طولانی بخوابد.

بررسی و روش‌های تشخیص
- بررسی جسمی سرو گردن
- بررسی عصبی
- بررسی و گرفتن تاریخچه از وضعیت سلامت و سردرد.
- آنژیوگرافی مغزی، CT یا MRI در صورت وجود نتایج غیر طبیعی در معاینه عصبی
- الکترومیوگرافی (EMG) و بررسیهای آزمایشگاهی (شمارش کامل سلول‌های خونی، الکترولیت‌ها، گلوکز، کراتینین، سرعت سدیمانتاسیون اریتروسیت و بررسی تیروئید)

درمان طبی
درمان به انواع روش‌های تسکین (علامتی) و پیشگیری کننده دسته‌بندی

1- Hemianoptic

می‌شود. رویکرد تسکینی جهت حملات مکرر به کار می‌رود و با هدف تسکین با محدودکردن سردرد در شروع یا حین پیش‌رفت صورت می‌گیرد. رویکرد پیش‌گیری برای کسانی به کار می‌رود که حملات مکرر سردرد در فواصل منظم یا قابل پیش‌بینی دارند و ممکن است بیماری‌های طبی داشته باشند که مانع به کارگیری درمان‌های تسکینی شوند.

درمان حمله حاد

درمان انواع مختلف دارد. بررسی دقیق ضروری است.

- فرآورده‌های ارگوتامین[1] در صورت مصرف به موقع ممکن است مؤثر باشند. کافرگوت[2] ترکیبی از ارگوتامین و کافئین می‌باشد. دی هیدروارگوتامین[3] (DHE) در حملاتی که بیش از ۷۲ ساعت طول می‌کشند، بسیار مؤثر است (در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر یا محیطی منع مصرف دارد).
- بیمار باید در اتاق تاریک و آرام با سر کمی بالاتر دراز بکشد.
- نوشیدن قهوه سیاه ممکن است سودمند باشد.
- سوماتریپتان (ایمیترکس)[4]، ناراتریپتان (آمرگ)[5]، ریزاتریپتال (ماکسالست)[6]، زولمیتریپتان (زومیگ)[7] و آلموتریپتان[8] برای میگرن حاد و سردردهای خوشه‌ای استفاده می‌شوند؛ کافرگوت جهت تسکین میگرن‌های متوسط تا شدید به کار می‌رود.
- درمان علامتی شامل مسکن‌ها، آرام‌بخش‌ها، داروهای ضداضطراب و ضدتهوع می‌باشد.
- فرآورده‌های ارگوتامین (خوراکی، زیرزبانی، زیرجلدی، داخل عضلانی، مقعدی یا استنشاقی) ممکن است مؤثر باشند.

1- Ergotamine
2- Cafergot
3- Dihydroergotamine
4- Sumatriptan (Imitrex)
5- Naratriptan (Amerge)
6- Rizatriptanl (maxalt)
7- Zolmitriptan (Zomig)
8- Almotriptan

پیش‌گیری: دارو درمانی

- استفاده روزانه از داروها مذکور جهت توقف حمله سردرد
- مهارکننده گیرنده‌های بتا همانند پروپرانولول (ایندرال) به‌طور گسترده به‌کار می‌روند. همچنین آمی‌تریپتیلین (الاویل)، دیوالپروکس (والپروآت)، فلوناریزین، و آنتاگونیست‌های سروتونین استفاده می‌شود.
- ضدافسردگی‌ها، باربیتورات‌ها، آرامبخش‌ها (با احتیاط و به مدت کوتاه مصرف شوند).
- آنتاگونیست‌های کلسیم معمولاً به کار می‌روند (شروع اثر بعد از چند هفته)؛ متی‌سرژید سانسرت)[1] یا ضدتشنج‌ها (دیوالپروکس سدیم (دپاکوت)[2] ممکن است استفاده شوند؛ قطره‌های بینی لیدوکائین در درمان سردردهای خوشه‌ای و میگرن مؤثر هستند.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به سردرد

بررسی

- تاریخچه سلامتی کامل گرفته و بررسی جسمی انجام دهید؛ اطلاعات گرفته شده جهت تاریخچه سلامتی باید نشانه کلمات بیمار باشند. در گرفتن تاریخچه داروها، تماس با مواد سمی، تنش، بی‌خوابی و تاریخچه خانوادگی را در نظر بگیرید.
- تاریخچه سلامتی را بر بررسی سردرد(محل، کیفیت، تعداد دفعات بروز، عوامل تشدید کننده، زمان، نشانه‌های همراه) متمرکز کنید.

تشخیص‌های پرستاری

درد در ارتباط با تغییرات عروقی

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف شامل درمان سردرد حاد و پیشگیری از دوره‌های عود می‌باشند.

1- Methysergide (Sansert) 2-Divalproex (Depakote)

مداخلات پرستاری

تسکین درد

- سعی کنید سردرد را به سرعت تسکین دهید.
- روش‌های آرامبخش را ارائه دهید (برای مثال محیط آرام و تاریک)؛ سر تخت را ۳۰ درجه بالا ببرید. در صورت عدم تاثیر روش‌های غیر دارویی، داروها را تجویز نمایید.
- درمان سلامتی (همچون ضدتهوع‌ها) را در صورت نیاز ارائه دهید.

H

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- آموزش دهید که سردرد میگرن احتمالاً زمانی روی می‌دهند که فرد بیمار است، بسیار خسته می‌باشد یا احساس تنش می‌کند.
- درباره اهمیت رژیم غذایی مناسب، استراحت کافی و روش‌های سازگاری آموزش دهید.
- به بیمار کمک کنید تا شرایطی را تعیین کند که سردرد را تشدید می‌کند و در ایجاد روش‌های جایگزین سازگاری کمک نماید.
- به بیمار در ایجاد بینش نسبت به احساسات، رفتارها و تعارضاتشان کمک کرده تا اصلاحات ضروری در سبک زندگی انجام گیرند.
- دوره‌های منظم ورزش و تن آرامی و اجتناب از عوامل نامناسب را پیشنهاد نمایید.
- از فواصل طولانی بین وعده‌های غذایی خودداری کنید.
- به بیمار توصیه کنید در ساعات مشخص از خواب بیدار شود؛ اختلال در الگوی طبیعی خواب موجب سردردهای میگرنی در بسیاری از بیماران می‌شود.

تداوم مراقبت

موسسه ملی سردرد فهرستی از درمانگاه‌ها در ایالت متحده و اسامی پزشکان عضو انجمن آمریکایی مطالعه در مورد سردرد را فراهم نموده است.

ارزشیابی

نتایج مورد انتظار از بیمار

- تسکین درد را ابراز کند
- روش‌های پیش‌گیری یا کاهش سردرد را بیان می‌نماید

سردرد خوشه‌ای

سردردهای خوشه‌ای، یکی دیگر از انواع شدید سردرد عروقی، غالباً در مردان مشاهده می‌شود. حملات در مدت یک تا هشت روز بروز می‌کند که با درد شدید موضعی در چشم و اوربیت و انتشار به نواحی صورت و گیج‌گاهی همراه است. درد با آبریزش از چشم و احتقان بینی به مدت ۱۵ دقیقه تا ۳ ساعت مرتبط است و ممکن است الگوی صعودی ـ نزولی نافذ و پایدار داشته باشد. سردردها با الکل، نیتریت‌ها، متسع‌کننده‌های عروقی و هیستامین‌ها تشدید می‌شوند.

التهاب شریان‌های جمجمه

التهاب شریان‌های جمجمه با سردرد شدید موضعی در ناحیه شریان گیجگاهی مشخص می‌شود. التهاب ممکن است عفونی یا موضعی باشد. این بیماری علت سردرد در افراد سالمند به ویژه سالمندان بالای ۷۰ سال می‌باشد تظاهرات بالینی شامل علایم التهاب (برای مثال، گرما، قرمزی، ادم ،و حساسیت یا درد روی شریان مبتلا) می‌باشند. تندرنس، ادم یا ندولر شریان ندولر گیجگاهی ممکن است مشاهده شوند. مشکلات بینایی به علت ایسکمی ساختارهای درگیر به‌وجود می‌آیند. سردرد با داروهای کورتیکواستروئید (ناگهانی قطع نشود) و مسکن‌ها درمان می‌شود.

سردرد تنشی (سردرد انقباض عضله)

تنش عاطفی یا جسمی ممکن است موجب انقباض عضلات گردن و سر، در نتیجه سردرد تنشی شود. سردرد تنشی با احساس فشار مداوم و پایدار مشخص شده که معمولاً در پیشانی، گیجگاه یا پشت گردن آغاز می‌گردد. سردردهای تنشی تمایل به مزمن شدن دارند و احتمالاً شایع‌ترین نوع سردرد

هستند. تسکین ممکن است با گرمای موضعی، ماساژ، مسکن‌ها، ضد افسردگی‌ها و شل کننده‌های عضلات حاصل شود. به بیمار اطمینان دهید که سردرد نشانه تومور مغز نیست و روش‌های کاهش تنش را آموزش دهید (بیوفیدبک، ورزش، دارو درمانی).

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۱، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

صدمه سر Head Injury (Brain injury)

صدمات سر مشتمل بر تروما به پوست سر، جمجمه و مغز بوده و شایع‌ترین علت مرگ ناشی از تروما در ایالت متحده آمریکا می‌باشند. صدمات سر جزء شایع‌ترین و جدی‌ترین علل اختلالات عصبی می‌باشد و امروزه در نتیجه تصادفات وسایل نقلیه ابعاد اپیدمی یافته است. سایر علل صدمات سر شامل سقوط، ضرب و جرح و صدمات ورزشی می‌باشند. خطر مهم برای بیمار دچار صدمه سر، آسیب تروماتیک مغز[1] (TBI) می‌باشد، در TBI در اثر خون‌ریزی یا ادم و درنتیجه افزایش فشار داخل جمجمه[2] (ICP) به مغز آسیب می‌رسد. گروه‌های در معرض خطر TBI، افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله هستند و نسبت شیوع مرد به زن ۱:۲ می‌باشد. افراد زیر ۵ سال و بالای ۷۵ سال نیز در معرض خطر هستند.

صدمات پوست سر و جمجمه

- ترومای سر ممکن است ناشی از خراشیدگی (زخم برس)، کوفتگی، پارگی یا هماتوم باشند. پوست سر در صورت آسیب به شدت خون‌ریزی می‌کند. زخم‌های پوست سر مسیر ورود عفونت‌های داخل جمجمه‌ای هستند.
- شکستگی جمجمه، گسیختگی در تداوم جمجمه در اثر تروما می‌باشد. شکستگی‌ها ممکن است با یا بدون صدمه مغزی روی دهند. شکستگی‌ها به انواع خطی، مرکب، شکستگی همراه با فرو رفتگی و قاعده تقسیم می‌شوند و ممکن است باز (پارگی سخت‌شامه) یا بسته (بدون پارگی سخت شامه) باشد.

1- Traumatic brain injury 2- Intra Cranial pressure

تظاهرات بالینی

نشانه‌ها به شدت و وسعت صدمه مغز بستگی دارند.

- درد موضعی مداوم معمولاً نشانه شکستگی است.
- شکستگی‌های جمجمه ممکن است ادم موضعی ایجاد کنند یا نکنند.
- شکستگی‌های قاعده جمجمه غالباً به صورت خون‌ریزی از بینی به حلق یا گوشها می‌شوند و خون ممکن است زیر ملتحمه دیده شود.
- اکیموز ممکن است روی ماستوئید مشاهده گردد (علامت باتل[1]).
- ترشح مایع مغزی نخاعی (CSF) از گوش‌ها و بینی نشانه شکستگی قاعده جمجمه است.
- ترشح CSF ممکن است از طریق پارگی در غشاء سخت شامه موجب عفونت (همچون منتژیت) شود.
- مایع نخاعی خونی نشانه پارگی یا کوفتگی مغز است
- صدمه مغز ممکن است علایم متعددی از جمله تغییر سطح هوشیاری، اختلالات پاپیلاری، تغییر یا فقدان رفلکس گگ یا قرنیه، اختلالات عصبی، تغییر در علایم‌حیاتی (همانند الگوی تنفسی، هیپرتانسیون، برادی‌کاردی)، هیپرترمی یا هیپوترمی و اختلالات حسی بینایی یا شنوایی، داشته باشد.
- علایم سندرم بعد از ضربه مغز ممکن است شامل سردرد، سرگیجه، اضطراب، تحریک‌پذیری و لتارژی باشند. در هماتوم زیر سخت شامه‌ای یا تحت حاد، تغییر در سطح هوشیاری، علایم پاپیلاری، همی‌پارزی، کوما، هیپرتانسیون، برادی‌کاردی و کاهش تعداد تنفس علایم گسترش توده هماتوم هستند.
- هماتوم زیرسخت شامه‌ای مزمن ممکن است موجب سردرد شدید، علایم موضعی عصبی متناوب، تغییرات شخصیت، اضمحلال ذهنی و تشنج‌های موضعی شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- معاینه جسمی و ارزیابی وضعیت عصبی
- بررسی‌های رادیوگرافی: توموگرافی کامپیوتری (CT)، تصویر برداری

1- :Battl's sign

رزونانس مغناطیسی (MRI)
- آنژیوگرافی مغزی، کشیدن مایع نخاعی

درمان طبی
- شکستگی‌های جمجمه بدون فرورفتگی معمولاً نیازمند درمان جراحی نیستند اما نیاز به بررسی دقیق بیمار است.
- شکستگی‌های جمجمه همراه با فرو رفتگی ممکن است به صورت محافظه‌کارانه درمان شوند؛ شکستگی‌های آلوده یا همراه با تغییر شکل نیازمند جراحی هستند.
- در صورت نیاز درمان با آنتی‌بیوتیک و فراورده‌های خونی آغاز می‌شود.

H

ضربه یا تکان مغزی[1]
ضربه مغزی بعد از صدمه سر، فقدان موقت عملکرد عصبی بدون صدمه واضح ساختاری می‌باشد. ضربه مغزی معمولاً با دوره‌ای از عدم هوشیاری به مدت چند ثانیه تا چند دقیقه همراه است. آسیب مغز ممکن است به قدری جزیی باشد که فقط موجب سرگیجه، نقاط نورانی در میدان بینایی شود یا به قدری شدید باشد که موجب از دست دادن کامل هوشیاری گردد. در صورت گرفتاری لوب پیشانی بیمار ممکن است رفتارهای عجیب و غیرمنطقی داشته باشد. اگر لوب گیجگاهی آسیب ببیند، بیمار ممکن است به‌طور موقت دچار فراموشی یا اختلال در جهت‌یابی و آگاهی نسبت به زمان، مکان و شخص شود.

تدابیر پرستاری
- جهت کاهش سندرم پس از ضربه مغزی، اطلاعات، توضیحات و حمایت‌های لازم را ارائه دهید.
- به خانواده جهت جستجوی علایم ذیل و اطلاع به پزشک آموزش دهید: مشکل در بیدار شدن، اختلال در صحبت‌کردن، گیجی، سردرد شدید،

1-Concussion

استفراغ، یا ضعف یک طرف بدن.

- بیمار را به افزایش تدریجی فعالیت‌های معمول تشویق نمایید.

کوفتگی[1]

کوفتگی مغزی، صدمه شدیدتر مغز است. مغز کبود می‌شود (احتمال خون‌ریزی سطحی). بیمار هوشیار نیست، ممکن است نبض ضعیف، تنفس‌های سطحی، پوست سرد و رنگ پریده، فشارخون و درجه حرارت کمتر از طبیعی و بی‌اختیاری دفع‌ادرار و مدفوع داشته باشد. بیمار ممکن است با تحریک بیدار شود اما سریعاً دچار افت هوشیاری می‌گردد. در کل، بیماران دارای صدمات وسیع اختلال در عملکرد حرکتی، حرکات غیر طبیعی چشم، افزایش ICP، پیش آگهی ضعیفی دارند (صدمه مغزی، ناتوانی یا مرگ). برعکس، این بیماران ممکن است به‌طور کامل هوشیار شده و وارد مرحله تحریک‌پذیری مغزی شوند (برای مثال هوشیار است و به سادگی با هر محرکی همچون صدا و نور دچار آشفتگی می‌شود) و ممکن است بیش فعال گردد. بهبودی اغلب با تاخیر روی داده و تداوم و سردرد و سرگیجه شایع است، اختلال ذهنی یا تشنج ممکن است روی دهند.

H

آسیب منتشر آکسونی

آسیب منتشر آکسونی ممکن است در ترومای خفیف، متوسط، شدید رخ دهد. این آسیب در سطح وسیعی آکسون‌های نیمکره‌های مخچه، جسم پینه‌ای، و ساقه مغز را درگیر کند. بیمار هوشیار نیست و دچار حالت‌های کما، قشرزدایی و مخزدایی، و ادم سراسر مغز می‌شود. تشخیص توسط علایم بالینی و CT و MRI انجام می‌شود. بهبودی به شدت آسیب آکسونی بستگی دارد.

خون‌ریزی داخل جمجمه‌ای

هماتوم‌های داخل جمجمه جدی‌ترین عواقب صدمه مغزی هستند. هماتوم بسته به محل ممکن است اپی‌دورال، ساب‌دورال یا داخل مغزی باشد. اغلب اثرات مهم و اصلی آن با تاخیر روی می‌دهند مگر اینکه هماتوم به اندازه کافی

1-Contusion

بزرگ شده و موجب تغییر شکل، افزایش ICP و فتق مغزی شود.

هماتوم اپی‌دورال (هماتوم یا خون‌ریزی خارج سخت شامه‌ای)

خون در فضای اپی‌دورال بین جمجمه و غشای سخت‌شامه تجمع می‌یابد. هماتوم می‌تواند در اثر شکستگی جمجمه در نتیجه پارگی شریان مننژ (شریانی که بین سخت شامه و جمجمه زیر استخوان گیجگاهی جریان دارد) به‌وجود آید. نشانه‌ها به‌علت گسترش هماتوم به‌وجود می‌آیند: معمولاً به فقدان موقت هوشیاری در زمان صدمه و به دنبال آن بهبودی واضح، در حالی که جبران افزایش حجم روی می‌دهد. زمانی که سیستم جبران به مدت طولانی‌تر ممکن نشود، علایم ناگهانی فشردگی از جمله اضمحلال هوشیاری و علایم اختلالات عصبی موضعی ممکن است ظاهر شوند (اتساع و تثبیت مردمک یا فلج اندام)؛ حال بیمار به سرعت وخیم‌تر می‌شود.

H

درمان طبی

هماتوم اپی‌دورال یک فوریت پزشکی است زیرا اختلال عصبی واضح یا ایست تنفسی ممکن است در عرض چند دقیقه بروز نماید. سوراخ با مته جهت برداشتن لخته‌ها صورت می‌گیرد و محل خون‌ریزی کنترل می‌شود (کرانیوتومی، جاگذاری درن).

هماتوم زیر سخت شامه (ساب دورال)

خون بین سخت شامه و مغز تجمع می‌یابد و احتمالاً منشاء خون‌ریزی پارگی ورید است. شایع‌ترین علت آن تروما می‌باشد، اما ممکن است با اختلالات خون‌ریزی دهنده (بیماریهای انعقادی) و پارگی آنوریسم مرتبط باشد. هماتوم زیر سخت شامه ممکن است حاد (صدمه شدید سر)، تحت حاد (ناشی از کوفتگی مغزی)، یا مزمن (در اثر صدمات جزیی سر در سالمندان به‌وجود آید؛ علایم و نشانه‌ها متغیر هستند و ممکن است با نوروزیس[1]، سایکوزیس[2] یا

1- neurosis

سکته‌مغزی اشتباه شود).

هماتوم یا خون‌ریزی داخل مغز

خون‌ریزی در داخل مغز روی می‌دهد. هماتوم معمولاً زمانی دیده می‌شود که نیروها به سر روی یک ناحیه کوچک اعمال شوند (صدمات موشک یا زخم‌های گلوله؛ ضربه چاقو. هم‌چنین ممکن است در اثر هیپرتانسیون سیستمیک و در نتیجه دژنراسیون و پارگی رگ؛ پارگی آنوریسم ساکولار[3]، ناهنجارهای عروقی؛ تومورهای داخل جمجمه؛ علل سیستمیک از جمله اختلالات خونریزی دهنده همچون لوسمی، هموفیلی، آنمی‌آپلاستیک و ترومبوسیستوپنی؛ و عوارض درمان ضدانعقادی به‌وجود آید. شروع آن ممکن است ناگهانی همراه با اختلالات عصبی و به دنبال آن سردرد باشد.

H

درمان طبی

فرض کنید که فرد مبتلا به صدمه سر دچار صدمه نخاع گردنی شده است تا خلاف آن ثابت شود. از صحنه صدمه، بیمار روی یک تخته با حفظ سرو گردن در راستای بدن حمل می‌شود. از کولار[4] گردنی استفاده نمایید و تا زمان عکسبرداری از نخاع گردنی و تایید فقدان صدمه، طناب نخاع گردنی در محل حفظ شود. تمام درمان‌ها در جهت حفظ هموستاز مغز و پیشگیری صدمه ثانویه به مغز می‌باشند.

- درمان شامل مراقبت حمایتی، کنترل ICP، حفظ تعادل مایع و الکترولیت، تجویز داروهای ضد فشارخون بالا یا کرانیوتومی می‌باشد.
- ICP بالا با اکسیژن‌درمانی، تجویز مانیتول، حمایت تهویه‌ای، هیپرونتیلاسیون، بالا بردن سر تخت، حفظ تعادل مایع و الکترولیت، حمایت تغذیه‌ای، کنترل درد و اضطراب یا جراحی اعصاب درمان می‌گردد. جهت کسب اطلاعات بیشتر به درمان طبی و مراقبت پرستاری افزایش فشار داخل جمجمه مراجعه کنید

2- Psychosis

3- Saccular aneurysm

4- Collar

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به صدمه سر

بررسی

تاریخچه سلامتی از بیمار بگیرید و در مورد زمان صدمه، جهت و نیروی وارد شده، فقدان هوشیاری و شرایط بعد از صدمه بررسی کنید. اطلاعات دقیق در مورد سیستم عصبی (سطح هوشیاری)، در صورتی که بیمار هوشیار باشد، توانایی تبعیت از دستورات شفاهی، پاسخ به محرک لمسی (اگر بیمار بیهوش است)، واکنش مردمک به نور، رفلکس قرنیه و گگ، عملکرد حرکتی و بررسی سیستم‌ها، اطلاعات پایه فراهم کنید. مقیاس اغمای گلاسکو به عنوان راهنمایی جهت بررسی سطح هوشیاری بر اساس سه معیار عمل می‌کند: ۱) باز کردن چشم ۲) پاسخ کلامی، ۳) پاسخ حرکتی به‌دستور کلامی یا محرک دردناک. سطح عملکرد شناختی رانکولایس آمیگوس[1]، مقیاس ارزشیابی مفید دیگری است.

H

بررسی علایم حیاتی

- بیمار را در فواصل منظم جهت بررسی وضعیت داخل جمجمه تحت نظر بگیرید.
- افزایش ICP، از جمله کاهش نبض، افزایش فشار سیستولیک و پهن شدن فشار نبض را بررسی کنید. با افزایش فشار بر مغز، علایم حیاتی معکوس می‌شوند، نبض و تنفس سریع شده و فشارخون ممکن است کاهش یابد.
- افزایش سریع درجه حرارت بدن را ارزیابی نمایید؛ جهت جلوگیری از افزایش تقاضای متابولیکی در مغز درجه حرارت را کمتر از ۳۸°c (۱۰۰/۴°F) نگه دارید.
- به خاطر داشته باشید که تاکی‌کاردی و هیپوتانسیون ممکن است نشانه خون‌ریزی در جای دیگر بدن باشند.

بررسی عملکرد حرکتی

- حرکات خودبه‌خودی را بررسی نمایید؛ از بیمار بخواهید اندام‌های خود را

1- Rancho Los Amigos Level of Cognitive Function

بالا و پایین ببرد؛ قدرت مشت کردن دست را در فواصل منظم مقایسه کنید.
- فقدان یا وجود حرکت خود به خودی هر اندام را مورد توجه قرار دهید.
- در فقدان حرکت خود به خودی، پاسخ به محرک دردناک را بررسی کنید؛ پاسخ غیرطبیعی پیش آگهی ضعیفی دارد.
- توانایی بیمار به صحبت‌کردن را تعیین نمایید؛ کیفیت صحبت‌کردن را ارزیابی کنید.

ارزیابی علایم چشمی

- بازکردن خود به خودی چشم را ارزیابی کنید.
- اندازه مردمک‌ها و پاسخ به نور را بررسی نمایید (اتساع یک طرفه و پاسخ ضعیف مردمک ممکن است نشانه توسعه هماتوم باشد). اگر هر دو مردمک ثابت هستند و متسع می‌باشند، معمولاً نشانه صدمه شدید و پیش‌آگهی ضعیف است.

پایش عوارض (ادم و فتق مغزی)

- اضمحلال و بدتر شدن شرایط ممکن است نتیجه گسترش هماتوم داخل جمجمه، پیشرفت ادم مغز و فتق مغز باشد.
- حداکثر ادم در حدود ۷۲ ساعت بعد از صدمه روی می‌دهد و موجب افزایش ICP می‌گردد.

بررسی سایر عوارض

- عوارضی همچون عفونت‌های سیستمیک یا عفونت‌های ناشی از جراحی سیستم عصبی: عفونت زخم، استئومیلیت یا مننژیت را بررسی کنید.
- بعد از صدمه، برخی بیماران دچار فلج موضعی اعصاب همانند آنوزمیا (فقدان حس بویایی) یا اختلالات حرکت چشم و نقایص موضعی عصبی همچون آفازیا، اختلال حافظه، و تشنج یا حملات صرع بعد از تروما می‌شوند.
- بیماران ممکن است دچار اختلال روانی اجتماعی با منشاء جسمی شوند و ممکن است در پاسخ‌های عاطفی بینش کم داشته باشند.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- پاک شدن و تهویه غیر مؤثر راههای هوایی در ارتباط با هیپوکسی.
- پرفیوژن ناکافی بافت مغز در ارتباط با افزایش ICP و کاهش فشار پرفیوژن مغز.
- کمبود حجم مایعات در ارتباط با اختلالات هوشیاری و اختلال در عملکرد هورمونی
- تغییر در تغذیه: کمتر از نیاز بدن در ارتباط با تغییرات متابولیک، محدودیت مایعات و مصرف ناکافی
- احتمال صدمه (به خود و دیگران) در ارتباط با اختلال در جهت‌یابی، بی‌قراری و صدمه مغز
- احتمال اختلال در درجه حرارت بدن به صورت افزایش در ارتباط با صدمه به مکانیسم تنظیم درجه حرارت
- احتمال اختلال در تمامیت پوست در ارتباط با استراحت در تخت، همی پارزی، همی‌پلژی و بی‌حرکتی
- اختلال در فرایندهای تفکر (اختلال در عملکرد هوشی، ارتباطی، حافظه، پردازش اطلاعات) در ارتباط با نتایج صدمه مغزی
- احتمال اختلال در الگوی خواب در ارتباط با صدمه سر و بررسی‌های مکرر عصبی.
- احتمال سازگاری غیر مؤثر خانوادگی در ارتباط با بیمار بدون واکنش، نتایج غیرقابل پیش‌بینی، دوره بهبودی طولانی، و نقایص باقیمانده عاطفی و جسمی در بیمار.
- کمبود آگاهی درباره فرایند بازتوانی.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- ادم و فتق مغز.
- کاهش پرفیوژن مغز.
- اختلال در اکسیژناسیون و تهویه.
- اختلال تعادل مایع، الکترولیت و تغذیه.
- احتمال تشنج بعد از تروما.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف ممکن است شامل حفظ راه هوایی باز، فشار کافی پرفیوژن مغزی، تعادل مایع و الکترولیت و وضعیت تغذیه‌ای کافی ؛ پیشگیری از صدمه ثانویه؛ حفظ تمامیت پوست و درجه حرارت طبیعی بدن؛ بهبود عملکرد شناختی؛ سازگاری مؤثر خانوادگی؛ افزایش آگاهی درباره فرایند نوتوانی و فقدان عوارض جانبی باشند.

مداخلات پرستاری

H

حفظ راه هوایی

- بیمار بیهوش را جهت تسهیل تخلیه ترشحات تغییر وضعیت دهید؛ جهت کاهش فشار وریدهای داخل جمجمه سر تخت را ۳۰ درجه بالا ببرید.
- امکان تخلیه مؤثر و ساکشن ترشحات را فراهم کنید.
- از بیمار در مقابل آسپیراسیون و نارسایی تنفسی محافظت نمایید
- گازهای خون شریانی را جهت بررسی کفایت تهویه ارزیابی کنید
- بیمار روی تهویه مکانیکی را تحت نظر بگیرید.
- از نظر عوارض ریوی پایش کنید (ARDS و پنومونی)

بررسی تعادل مایع و الکترولیت

تعادل مایع و الکترولیت به ویژه در بیماران دریافت کننده دیورتیک‌های اسموتیک، بیماران مبتلا به ترشح نامناسب هورمون ضدادراری و مبتلا به دیابت بیمزه پس از صدمه اهمیت دارد.

- میزان الکترولیت‌های سرم و ادرار (از جمله گلوکز خون و استون ادرار)، اسمولالیتی و جذب و دفع مایعات را جهت بررسی عملکرد غدد درون ریز تحت نظر بگیرید.
- روزانه بیمار را وزن کنید (ممکن است نشانه کاهش حجم مایع ناشی از دیابت بی‌مزه باشد).

فراهم نمودن تغذیه کافی

- تغذیه وریدی (PN) از طریق ورید مرکزی یا تغذیه روده‌ای از طریق لوله بینی معدی یا بینی ـ ژوژونوم ممکن است به کار روند.

- به محض تثبیت شرایط بیمار تغذیه بینی معدی را آغاز کنید مگر این که ترشح CSF از بینی وجود داشته باشد. لوله‌های تغذیه دهانی ممکن است استفاده شوند. مصرف غذا ممکن است زمانی آغاز شود که رفلکس بلع وجود داشته باشد و بیمار بتواند از راه دهان نیازهای کالریک خود را رفع نماید.
- جهت کاهش احتمال استفراغ و اسهال، غذا در دفعات مکرر و حجم کم بدهید (انفوزیون مداوم قطره‌ای یا پمپ کنترل جهت تنظیم تغذیه)، قبل از تغذیه سر تخت را بالا برده و غذای باقی‌مانده را بررسی کنید.

H

پیشگیری از صدمه

- بی‌قراری را بررسی کنید، که ممکن است در اثر هیپوکسی، تب، درد یا مثانه پر ایجاد شود. در بیمار بیهوش بی قراری ممکن است علامت به‌هوش آمدن وی باشد.
- از اتساع مثانه اجتناب کنید.
- بیمار را از صدمه حفظ نمایید (پوشاندن دست‌ها با دستکش یا گذاشتن بالشتک روی نرده‌های کنار تخت).
- تا حد ممکن از محدود کردن بیمار بپرهیزید زیرا این کار می‌تواند ICP را بالا ببرد.
- از مصرف نارکوتیک‌ها جهت بی قراری بپرهیزید زیرا داروهای مخدر موجب تضعیف تنفس، تنگی مردمک و تغییر سطح هوشیاری می‌شوند.
- محرک‌های محیطی را به حداقل برسانید.
- جهت پیش‌گیری از توهم بینایی، نور کافی فراهم کنید.
- دوره‌های خواب / بیداری را مختل نکنید.
- از کاتتر خارجی برای بی اختیاری ادرار استفاده نمایید زیرا کاتتر داخلی ممکن است موجب عفونت شود

حفظ دمای بدن

- دمای بدن را هر ۲ تا ۴ ساعت کنترل کنید
- اگر دما بالا رود، از استامینوفن و کیسه آب سرد طبق دستور برای رساندن

دما به حد طبیعی استفاده کنید.
- از نظر عفونت مرتبط با تب بررسی کنید.

حفظ تمامیت پوست
- هر ۸ ساعت سطوح بدن را بررسی و گزارش کنید.
- هر ۲ تا ۴ ساعت بیمار را تغییر وضعیت دهید.
- هر ۴ ساعت از پوست بیمار مراقبت کنید؛ از لوبریکنت جهت پیش‌گیری از تحریک ناشی از مالش پوست بر روی ملحفه استفاده نمایید.
- به بیمار در بلندشدن از تخت سه بار در روز کمک کنید (در صورت امکان).

H

بهبود عملکرد شناختی
- در مدت بازتوانی شناختی توانایی بیمار در به‌کارگیری روش‌های حل مسئله را گسترش دهید؛ از رویکرد همکاری تیمی استفاده نمایید.
- هوشیار باشید که نوساناتی در جهت‌یابی و حافظه وجود دارند و فکر این بیماران به سادگی منحرف می‌شود.
- تا جایی که اختلالات عملکرد کورتکس مغز اجازه می‌دهد، بیمار را بازتوانی شناختی کنید زیرا در غیر این‌صورت ممکن است سردرد و خستگی و استرس (سردرد و سرگیجه) به‌وجود آیند.

پیشگیری از اختلال الگوی خواب
- فعالیت‌های پرستاری را طوری ترتیب دهید که دفعات کمتری مزاحم بیمار شوید.
- صدای محیطی را کاهش داده و نور اتاق را کم کنید.
- راهکاریهایی جهت افزایش راحتی (برای مثال مالش پشت) بیمار فراهم کنید.

فرآیندهای حمایت از خانواده
- به بیمار اطلاعات دقیق و واقعی ارائه :هید.
- خانواده را به تنظیم اهداف کوتاه مدت نطقی و روشن تشویق کنید.
- خانواده را به انجام مشاوره جهت برخورد با احساس فقدان و ناامیدی

تشویق نمایید، و رهنمودی جهت کنترل رفتارهای نامناسب ارائه دهید.
- خانواده را به گروه‌های حمایتی ارجاع دهید تا محلی برای تبادل نظر، در میان گذاردن مشکلات و کمک گرفتن برای حفظ انتظارات واقعی و کسب امید فراهم شود.

بررسی و درمان عوارض احتمالی
- باز بودن راه هوایی، تغییر الگوی تنفس و هیپوکسمی و پنومونی را بررسی کنید. در لوله‌گذاری داخل تراشه و تهویه مکانیکی کمک کنید.
- تغذیه روده‌ای، مایعات داخل وریدی یا انسولین را طبق دستور فراهم کنید.
- در صورتی که بیمار قادر به خوردن نیست طبق دستور پزشک تغذیه وریدی را آغاز نمایید.
- عفونت سیستمیک یا ناشی از جراحی سیستم‌عصبی و استخوانی شدن هتروتروفیک را ارزیابی کنید.
- روش‌هایی جهت کنترل ICP اتخاذ نمایید: سر تخت را ۳۰ درجه بالا ببرید، سروگردن را در یک راستا نگه دارید، از مانور والسالوا پیشگیری نمایید، از دارو برای کاهش ICP استفاده کنید، درجه حرارت بدن را در محدوده طبیعی حفظ نمایید، بیمار را توسط تهویه مکانیکی هیپرونتیله کنید، محدودیت مایعات را رعایت نمایید، از محرک مضر (ساکشن) پرهیز نمایید، آرامبخش جهت کاهش تقاضای متابولیک تجویز کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار
- بر اطلاعات ارائه شده به خانواده درباره شرایط بیمار و پیش آگهی در مرحله اولیه صدمه سر تاکید کنید.
- با تغییر وضعیت بیمار، آموزش را بر تفسیر و توضیح تغییرات در پاسخ‌های بیمار متمرکز نمایید.
- به بیمار و خانواده درباره محدودیت‌های مورد انتظار و عوارض احتمالی بعد از ترخیص آموزش دهید.
- عوارضی را که باید به جراح اعصاب اطلاع داد، بررسی کرده و آموزش

دهید.
- درباره روش‌های مراقبت از خود به بیمار بیاموزید.
- درباره عوارض جانبی داروها و اهمیت مصرفشان طبق دستور آموزش دهید.

تداوم مراقبت
- بیمار را به ادامه برنامه بازتوانی بعد از ترخیص تشویق کنید. بهبودی ممکن است ۳ سال یا بیشتر طول بکشد، مدت زمانی که خانواده و مهارت‌های سازگاری‌شان نیاز به بررسی مکرر دارد.
- به بیمار و خانواده اطلاع دهید که حملات تشنج بعد از تروما اغلب روی می‌دهند و داروهای ضد تشنج ممکن است ۱تا۲ سال بعد از صدمه تجویز شوند.
- بیمار را به بازگشت تدریجی به فعالیت‌های طبیعی تشویق نمایید.
- حمایت و آموزش بیمار و خانواده را با بررسی مکرر توانائی‌های سازگاری در مدت بازتوانی طولانی مدت ادامه دهید.

H

ارزشیابی

نتایج موردانتظار از بیمار
- پاک شدن راه‌های هوایی، تهویه و اکسیژناسیون مغز به‌طور مؤثر حفظ می‌شود.
- گازهای خون شریانی طبیعی بوده و صداهای تنفسی طبیعی می‌باشند.
- تعادل مایع و الکترولیت برقرار می‌باشد.
- به وضعیت تغذیه کافی دست یافته است.
- از صدمه پرهیز می‌کند.
- تب ندارد.
- سلامت تمامیت پوست را نشان می‌دهد.
- بهبودی در عملکرد شناختی و حافظه را نشان می‌دهد.
- دوره خواب / بیداری طبیعی دارد.
- خانواده مکانیسم‌های سازگاری مؤثر را نشان می‌دهند.

- خانواده و بیمار در فرایند باز توانی طبق دستور شرکت می‌نمایند.
- بیمار حملات تشنجی بعد از تروما را تجزیه نمی‌کند.
- عوارض جانبی وجود ندارد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Heart Failunre (Corpulmona)

نارسایی قلب (کورپولمونال)

نارسایی قلب که گاهی نارسایی احتقانی قلب نامیده می‌شود، عدم توانایی قلب برای پمپ مقدار کافی خون جهت رفع نیازهای بافت‌ها برای اکسیژن و مواد غذایی می‌باشد. نارسایی قلب سندرم بالینی است که با علایم و نشانه‌های افزایش حجم مایع یا پرفیوژن ناکافی بافت مشخص می‌شود. مکانیسم زمینه‌ای نارسایی قلب شامل اختلال در قدرت انقباضی قلب (اختلال در عملکرد سیستولیک) یا پرشدگی قلب (دیاستولیک) می‌باشد که موجب کاهش برون‌ده قلب می‌گردد. کاهش برون‌ده قلب می‌تواند موجب مکانیسم‌های جبرانی شود که باعث افزایش کار قلب و مقاومت در مقابل پرشدگی قلب می‌گردد.

نارسایی قلب تشخیص مادام‌العمری است که با تغییرات سبک زندگی و داروها جهت پیش‌گیری از دوره‌های حاد احتقانی درمان می‌شود. نارسایی احتقانی قلب معمولاً شرایط حاد نارسایی قلب است. بیماری‌های زمینه‌ای شایع مشتمل بر آترواسکلروزیس کرونر (علت اولیه و اصلی)، بیماری دریچه‌ای، کاردیومیوپاتی و بیماری التهابی یا دژنراتیو عضله و هیپرتانسیون شریانی می‌باشند. تعدادی از عوامل سیستمیک می‌توانند موجب ایجاد و تشدید نارسایی قلب شوند. افزایش سرعت متابولیسم (تب، تیروتوکسیکوز)، هیپوکسی و آنمی نیازمند افزایش برون‌ده قلب بوده تا نیاز بدن به اکسیژن را رفع نماید. دیس‌ریتمی‌ها اثر بخشی عملکرد میوکارد را کاهش می‌دهند.

تظاهرات بالینی

- نشانه‌های پرفیوژن ناکافی بافت.

- کاهش برون ده قلب همراه با سرگیجه، گیجی، خستگی، عدم تحمل فعالیت یا گرما، اندامهای سرد و اولیگوری.
- پرخونی بافت‌ها.
- افزایش فشار وریدهای ریوی (ادم ریوی) که با سرفه و تنگی نفس مشخص می‌شود.
- دیس ریتمی ممکن است نشانه نارسایی قلب باشد یا در اثر درمان نارسایی قلب به‌وجود آید.
- افزایش فشار وریدهای سیستمیک، که با ادم محیطی عمومی و افزایش وزن مشخص می‌شود.

H

نارسایی سمت چپ قلب

- اغلب موجب نارسایی سمت راست قلب نیز می‌شود

نارسایی برگشتی[1]

- احتقان ریه؛ سرفه، زمینه خستگی؛ تاکی‌کاردی با صدای S3، اضطراب، بی‌قراری.
- تنگی نفس هنگام فعالیت[2] (DOE)، ارتوپنه[3]، تنگی نفس حمله‌ای شبانه[4] (PND).
- سرفه ممکن است خشک و بدون ترشح باشد اما اغلب همراه با خلط است.
- کراکل در قاعده ریه‌ها که به صدای کراکل در کل ریه پیشرفت می‌کند.
- مقدار زیادی خلط کف‌آلود که گاهی صورتی است.

نارسایی رو به جلو[5]

تاکی کاردی، ضعف، نبض نخی شکل، اضطراب، اولیگوری و شب‌ادراری، اختلال گوارشی، پوست رنگ پریده، سرد و مرطوب.

1- Backward Failure
2- Dyspnea on exertion
3- Orthopnea
4- Paroxysmal Nocturnal Dyspnea
5- Forward Failure

نارسایی سمت راست قلب

- احتقان بافت‌های احشایی و محیطی.
- ادم اندام‌های انتهایی (ادم وابسته)، معمولاً ادم گوده‌گذار، افزایش وزن و هپاتومگالی.
- اتساع وریدهای گردنی (اتساع ورید ژیگولار)، آسیت، بی‌اشتهایی و تهوع.
- شب‌ادراری و ضعف.

بررسی و روش‌های تشخیص

- ارزیابی تظاهرات بالینی.
- بررسی همودینامیک.
- کاتتریزاسیون قلب با ونتریکولوگرافی رادیو نوکلوئید[1] یا تهاجمی با ونتریکولوگرام[2].
- اکوکاردیوگرام (کسر تخلیه).
- رادیوگرافی قفسه‌سینه، ECG.
- تست ورزش جهت تعیین بیماری شریان کرونر.
- بررسیهای آزمایشگاهی (نیتروژن اوره خون [BUN]، کراتینین، هورمون محرک تیروئید، شمارش کامل سلول‌های خونی [CBC]، تجزیه ادرار)

درمان طبی

اهداف درمان، رفع یا کاهش عوامل اتیولوژیک، کاهش بارکاری قلب، افزایش نیرو و قدرت انقباضی قلب با درمان دارویی و رفع تجمع بیش از حد آب در بدن می‌باشند. سیگار کشیدن، الکل و مصرف زیاد مایع ممنوع هستند. داروها و اکسیژن (از جمله لوله‌گذاری داخل تراشه)، در صورت دستور، تجویز می‌شوند. تغذیه‌درمانی ممکن است شامل محدودیت سدیم (۲ تا ۳ گرم در روز) و پرهیز از مصرف زیاد مایعات جهت پیشگیری، کنترل یا رفع ادم می‌باشد.

1- Radionuclide Ventriculography 2- Ventriculogram

درمان جراحی

جراحی بای‌پس‌کرونر (PTCA)، سایر درمان‌های ابداعی طبق دستور (برای مثال، دستگاههای کمک مکانیکی، پیوند)

درمان دارویی

به تنهایی یا ترکیبی: داروهای وازودیلاتور (مهارکننده‌های آنزیم تبدیل‌کننده آنژیوتانسین [ACE][1]، بتابلاکرهای انتخابی، مهارکننده‌های کانال کلسیم، درمان با دیورتیک و گلیکوزیدهای قلبی

- دوبوتامین[2]، میلرینون[3]، ضدانعقادها، بتابلاکرها، طبق دستور پزشک
- احتمالاً داروهای ضد فشارخون بالا یا ضد آنژین صدری و ضد انعقادها.

H

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به نارسایی قلب

بررسی

بررسی پرستاری بیمار مبتلا به نارسایی قلب در جهت ارزشیابی اثر بخشی درمان طبی و اقدامات پرستاری و مشاهده علایم و نشانه‌های افزایش حجم مایع سیستمیک و ریوی می‌باشد. تمام علایم غیرعادی ثبت و گزارش شوند.

- به گزارش اختلال خواب در اثر تنگی نفس و تعداد بالش‌های مورد استفاده هنگام خواب توجه کنید
- فعالیت‌های مسبب تنگی نفس را بررسی کنید.
- تنفس: ریه‌ها را در فواصل منظم جهت تعیین وجود یا فقدان کراکل و خس خس سمع کنید. تعداد و عمق تنفس را ارزیابی نمایید
- قلب: قلب را از نظر صدای S_3 (نشانه نارسایی پمپاژ قلب) سمع کرده و علایم افزایش بار مایع (ارتوپنه، PND، DOE) را بررسی کنید.
- مرکز حس و سطح هوشیاری را ارزیابی نمایید.
- عروق محیطی: قسمتهای وابسته بدن را از نظر پرفیوژن و ادم و کبد را از نظر رفلاکس هپاتوژیگولار و اتساع ورید ژیگولار بررسی کنید.

1- Angiotensin converting enzyme inhibitors

2- Dobutamine

3- Milrinone

- جذب و دفع را سنجیده و روزانه بیمار را وزن کنید.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- عدم تحمل فعالیت (یا احتمال) در ارتباط با عدم تعادل بین دریافت و تقاضای اکسیژن ثانویه به کاهش برون ده قلب.
- خستگی ثانویه به نارسایی قلب.
- افزایش حجم مایع در ارتباط با افزایش مصرف یا احتباس مایع یا سدیم ثانویه به نارسایی قلب و درمان دارویی.
- اضطراب در ارتباط با تنگی نفس و بی‌قراری ثانویه به اکسیژناسیون ناکافی.
- ناتوانی و ضعف در ارتباط با عدم توانایی برای انجام مسؤولیت‌های نقش ثانویه به بیماری مزمن و بستری شدن در بیمارستان .
- عدم تبعیت از درمان در ارتباط با کمبود آگاهی.
- کمبود آگاهی در مورد برنامه مراقبت از خود در ارتباط با عدم پذیرش نیاز به تغییر در سبک زندگی

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- شوک کاردیوژنیک.
- ترومبوآمبولی.
- افیوژن پریکارد و تامپوناد پریکارد.
- دیس‌ریتمی.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی بیمار عبارتند از: افزایش فعالیت همراه با حفظ علایم حیاتی در محدوده طبیعی، کاهش خستگی، تسکین نشانه‌های افزایش بار مایع، کاهش اضطراب یا افزایش توانایی برای کنترل اضطراب، افزایش آگاهی در مورد برنامه مراقبت از خود، و توانایی جهت تصمیم‌گیری و تاثیر بر برایند مورد انتظار.

مداخلات پرستاری

افزایش تحمل فعالیت

- پاسخ بیمار به فعالیت را بررسی نمایید. به بیمار جهت اجتناب از استراحت طولانی مدت آموزش دهید؛ بیمار باید در صورت تشدید علایم استراحت کند اما در غیر این صورت باید انجام فعالیت منظم را آغاز نماید.
- بیمار را به انجام فعالیت آهسته‌تر از معمول، برای مدت زمان کوتاهتر یا در ابتدا با کمک تشویق کنید.
- عواملی که می‌توانند توانایی بیمار برای انجام فعالیت را محدود کنند شناسایی کرده و روش‌های پیشرفت فعالیت‌ها را توضیح دهید (برای مثال، خرد کردن سبزی در وضعیت نشسته به جای ایستاده).
- علایم حیاتی به ویژه نبض را قبل، حین و فوراً پس از فعالیت جهت تعیین اینکه آیا در محدوده از پیش تعیین شده هستند یا نه، کنترل کنید؛ تعداد ضربان قلب باید در مدت ۳ دقیقه در حد پایه برگردد. اگر بیمار فعالیت را تحمل کرد، جهت افزایش تدریجی شدت، مدت یا تعداد دفعات فعالیت، اهداف کوتاه یا طولانی مدت تعیین کنید.
- در صورت نیاز بیمار را به برنامه باز توانی قلبی ارجاع دهید به ویژه بیماران مبتلا به آنفارکتوس میوکارد اخیر، جراحی اخیر قلب باز یا اضطراب زیاد.

کاهش خستگی

- با بیمار جهت تدوین برنامه فعالیت‌ها براساس اولویت همکاری کنید. بیمار را به انجام متناوب فعالیت با دوره‌های استراحت تشویق کنید و از انجام دو فعالیت نیازمند انرژی زیاد در یک روز یا به دنبال هم اجتناب نمایید.
- خانواده را تشویق کنید که ملاقات‌ها را به‌طور متناوب تنظیم کنند تا امکان استراحت بین ملاقات‌ها یا تماس‌های تلفنی به بیمار داده شود؛ یک سخنگو جهت بازگو کردن پیامها از بیمار به دوستان و اعضاء خانواده تعیین کنید.
- زمان‌های حداقل و حداکثر انرژی را تعیین کنید، فعالیت انرژی‌بر را براساس آن تنظیم کنید.
- توضیح دهید که غذا در دفعات زیاد و حجم کم، مقدار انرژی مورد نیاز برای

H

هضم را کاسته و دریافت کافی مواد مغذی را می‌افزاید.
- بیمار را به ایجاد نگرش مثبت نسبت به قدرت‌ها، توانایی‌ها و علایق خود کمک کنید.

کنترل حجم مایع
- دیورتیک‌ها را در ابتدای صبح تجویز کنید تا دیورز حاصل در استراحت شبانه اختلال ایجاد نکند.
- وضعیت مایعات را به دقت بررسی نمایید: سمع ریه‌ها، مقایسه وزن‌های روزانه، بررسی جذب و دفع.
- به بیمار بیاموزید که با خواندن برچسب‌های غذا و پرهیز از غذاهای آماده تجارتی از رژیم غذایی کم سدیم پیروی نماید.
- به بیمار بیاموزید که با برنامه توزیع مایع در طول روز با حفظ سلیقه‌های غذایی از محدودیت مایعات تبعیت کند.
- به دقت تجویز مایعات داخل وریدی را بررسی کنید؛ با پزشک یا داروساز درباره احتمال دو برابر شدن غلظت دارو تماس بگیرید.
- بیمار را تغییر وضعیت دهید یا به بیمار چگونگی انجام تغییر وضعیت را بیاموزید به‌طوری که مایع از قلب دور شود (افزایش تعداد بالش‌ها، بالابردن سرتخت، قراردادن بالش ۳۰-۲۰ سانتی‌متر [۸ تا ۱۰ اینچ] پایین تخت)، یا بیمار ممکن است ترجیح دهد در صندلی راحتی بخوابد.
- گسیختگی پوست را بررسی کنید و روش‌های پیشگیری را انجام دهید (تغییرات مکرر وضعیت، تغییر وضعیت جهت اجتناب از فشار، جوراب‌های الاستیک و ورزشهای پا).

هشدار پرستاری: هنگام آموزش به بیمار درباره وزنم کم سدیم، مقدار سدیم برحسب میلی‌گرم را مشخص نمایید (۳۹۳mg سدیم در ۱۰۰۰mg نمک وجود دارد).

کنترل اضطراب
- کاهش اضطراب به‌طوری که کار قلب بیمار کاهش یابد.

- در مدت مرحله حاد جهت کاهش کار تنفس و افزایش راحتی، اکسیژن تجویز کنید.
- زمانی که بیمار اضطراب را نشان دهد، راحتی جسمی و حمایت روانی را فراهم کنید؛ حضور عضو خانواده موجب راحتی و اعتماد مجدد بیمار می‌شود.
- به روش آرام و اطمینان بخش صحبت کنید؛ در صورت ضرورت راهنمایی‌های خلاصه و اختصاصی را برای انجام فعالیت توضیح دهید.
- زمانی که بیمار راحت است، روش‌های کنترل اضطراب را آموزش دهید و از موقعیت‌های ایجاد کننده اضطراب پرهیز نمایید (روش‌های تن آرامی).
- در تعیین عوامل مسبب اضطراب کمک نمایید (کمبود خواب و اطلاعات، اطلاعات گمراه‌کننده یا وضعیت تغذیه‌ای ضعیف)
- اطلاعات صحیح را ارائه دهید
- از نظر افسردگی بررسی کنید، که همراه با نتیجه‌ی اضطراب است.

هشدار پرستاری: هیوکسی سنری همراه با احتباس دی‌اکسیدکربن در صورت وجود ناراحتی قلب، ممکن است در صورت مصرف خواب‌آورها و آرامبخش‌ها موجب واکنش بیمار به صورت گیجی و افزایش اضطراب شوند. داروهای آرامبخش - خواب‌آور را با احتیاط تجویز کنید زیرا احتمال کندی ممکن است موجب کاهش توانایی کبد جهت متابولیزه کردن دارو و در نتیجه سمیت دارویی شود. از به کارگیری محدودکننده‌ها در مواردگیجی و واکنش‌های اضطراب خودداری نمایید. بیماری که اصرار دارد که شب را خارج از تخت بگذراند، می‌تواند به راحتی روی صندلی راحتی بنشیند.

کاهش احساس بی‌قدرتی

- عواملی را که موجب درک ناتوانی می‌شوند بررسی کرده و اقدامات لازم را براساس آن انجام دهید.
- به‌طور فعال به بیمار گوش دهید؛ بیمار را به بیان نگرانی‌ها و سؤالات تشویق کنید.
- در صورت نیاز، سیاست ها و استانداردهای بیمارستان را که جهت کاهش احساس بی‌قدرتی هستند، بررسی کنید و اقدامات لازم جهت رفع یا تغییرشان انجام دهید.
- برای بیمار فرصت‌های تصمیم‌گیری با افزایش دفعات و اهمیت فراهم کنید؛ هنگام پیشرفت بیمار، وی را تشویق کنید؛ به بیمار کمک کنید تا بین

عواملی که می‌توانند کنترل شوند و نمی‌توانند کنترل شوند تمیز قائل شود.

بررسی و درمان عوارض احتمالی

- هیپوکالمی ناشی از دیورز (کاهش پتاسیم) را بررسی نمایید. علایم شامل نبض ضعیف، صداهای قلبی ضعیف، هیپوتانسیون، ضعف عضلات، کاهش رفلکس‌های تاندون عمقی و ضعف عمومی می‌باشند.
- برای کاهش احتمال هیپوکالمی، بیمار را جهت افزایش مصرف رژیم غذایی حاوی پتاسیم نصیحت کنید. برگه زردآلو، موز، چغندر، انجیر، گریپ فروت (تازه و آب میوه)، آب پرتقال یاگوجه‌فرنگی، هلو و آلو (آلوخشک)،سیب‌زمینی، کشمش، اسفناج، عصاره پرتقال و آب‌لیمو منابع غنی از پتاسیم هستند.
- میزان الکترولیت‌ها را به‌طور دوره‌ای بررسی کنید تا اعضاء تیم بهداشتی را از هیپوکالمی، هیپومگنزمی و هیپوناترمی آگاه کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار آموزش دهید و بیمار را در برنامه دارویی دخالت دهید تا درک و تبعیت از درمان را بیافزایید.
- بیمار و خانواده را حمایت کنید و آنها را جهت پرسش سؤالات تشویق نمایید بدین ترتیب اطلاعات می‌توانند روشن شوند و درک افزایش یابد.
- برنامه آموزشی را با عوامل فرهنگی سازگار کنید.
- به بیمار و خانواده بیاموزید که چگونه تبعیت از برنامه درمانی بر پیشرفت بیماری تاثیر می‌گذارد.
- بیان کنید که بررسی نشانه‌ها و کنترل روزانه وزن، محدودیت مصرف سدیم، عدم مصرف مایعات فراوان، پیشگیری از عفونت، پرهیز از مواد مضر همچون الکل و تنباکو و انجام منظم ورزش در پیشگیری از وخامت نارسایی قلب کمک می‌کنند.

تداوم مراقبت

- اطلاعات درباره محدودیت رژیم غذایی و مایعات، بررسی نشانه‌ها و توزین

روزانه را تاکید کرده و توضیح دهید و همچنین بر انجام پی‌گیری منظم تاکید کنید.

- در برنامه‌ریزی و انجام ملاقات با پزشک کمک نمایید.
- بیمار را به افزایش مراقبت از خود و مسئولیت پذیری برای انجام نیازمندی‌های روزانه رژیم درمانی تشویق کنید.
- در صورت ضرورت بیمار را برای مراقبت در منزل ارجاع دهید (بیماران سالمند یا بیماران مبتلا به بیماری قلب قدیمی و بیمارانی که ناتوانی جسمی دارند. پرستار مراقبت در منزل، محیط فیزیکی منزل و سیستم حمایتی بیمار را بررسی کرده و اصلاحات لازم در منزل جهت رفع محدودیتهای فعالیت بیمار را توضیح می‌دهد.

H

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- تحمل فعالیت زیاد را ابراز می‌کند.
- خستگی و تنگی نفس کمی را تجربه می‌کند.
- تعادل مایعات را حفظ می‌نماید.
- اضطراب کمی را تجربه می‌کند.
- از برنامه مراقبت از خود تبعیت می‌کند.
- در مورد مراقبت و درمان تصمیم‌گیری می‌نماید.
- مانع بروز عوارض جانبی می‌شود.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۰، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

هموفیلی Hemophilia

هموفیلی بیماری نسبتاً نادری است. دو اختلال خون‌ریزی‌دهنده ارثی وجود دارند که از نظر بالینی قابل تشخیص نیستند اما می‌توان به وسیله بررسی‌های آزمایشگاهی آنها را از هم تمیز داد: هموفیلی A و هموفیلی B. هموفیلی A ناشی از کمبود فاکتور VIII فعالیت انعقادی است. هموفیلی B در اثر کمبود فاکتور IX به‌وجود می‌آید. کمبود فاکتور VIII سه برابر شایع‌تر است. دو نوع

بیماری هموفیلی صفات وابسته به کروموزوم X هستند. تمام گروههای نژادی در معرض ابتلا هستند. تقریباً تمام افراد مبتلا مرد می‌باشند؛ مادر و برخی از خواهرانشان حامل بیماری هستند اما علامتی ندارند. بیماری معمولاً در اوایل کودکی و گاهی در دوره نوپایی تشخیص داده می‌شود. هموفیلی خفیف تا زمان جراحی یا صدمه تشخیص داده نمی‌شود.

تظاهرات بالینی

تعداد دفعات و شدت خون‌ریزی به میزان کمبود فاکتور انعقادی و شدت صدمه بستگی دارد.

- خون ریزی حتی بعد از ترومای کوچک در نواحی مختلف بدن روی می‌دهد (کبودیهای منتشر و وسیع و خون ریزی در عضلات، مفاصل، و بافت‌های نرم).
- درد مفاصل ممکن است پیش از ادم روی داده و محدودیت حرکت به‌وجود آید؛ درد اغلب در زانوها، آرنج، قوزک پا، شانه‌ها، مچ دست و ران بروز می‌کند.
- درد مزمن یا آنکیلوز (سفت شدن) مفصل ممکن است همراه با خون‌ریزی به‌وجود آید؛ بسیاری از بیماران پیش از بلوغ در اثر صدمه مفصل فلج می‌شوند.
- هماچوری و خون‌ریزی دستگاه گوارش به‌طور خود به خودی روی می‌دهند. هماتوم عضله می‌تواند موجب فشار بر اعصاب محیطی همراه با کاهش حس، ضعف و آتروفی ناحیه شود.
- برخی بیماران اختلال خفیف‌تری داشته و خون‌ریزی فقط بعد از جراحی یا کشیدن دندان بروز می‌کند؛ چنین خون‌ریزی در صورت عدم تشخیص به موقع می‌تواند موجب مرگ فرد شود. بیشتر خون‌ریزی خطرناک در سر روی می‌دهد.

بررسی و روش‌های تشخیص

بررسی‌های آزمایشگاهی شامل اندازه‌گیری فاکتور انعقادی و شمارش کامل سلول‌های خونی می‌باشند.

درمان طبی

- ماده غلیظ شده از فاکتور VIII و IX در صورت بروز خون ریزی فعال یا به

عنوان روش پروفیلاکتیک پیش از کشیدن دندان، لومبار پانکچر[1] یا جراحی تجویز می‌شوند.

- آمینوکاپروئیک اسید (آمیکار)[2] ممکن است انحلال لخته‌های خون را آهسته کند؛ DDAVP (دسموپرسین)[3] موجب افزایش موقتی فاکتور VIII می‌شود.
- باید از مصرف آسپرین و انجام تزریقات عضلانی خودداری کرد.
- رعایت بهداشت دهان و دندان یک روش پیشگیری کننده می‌باشد.
- در بیمارانی که از خون ریزی مفصلی یا عضله رنج می‌برند از اسپلینت یا سایر وسایل ارتوپدی استفاده کنید.

H

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به هموفیلی

بررسی

- علایم خون‌ریزی داخلی، هماتوم‌های عضله و خون‌ریزی در فضای مفصلی را ارزیابی نمایید.
- علایم حیاتی و فشار همودینامیک را از نظر هیپوولمی بررسی کنید.
- تمام مفاصل را از نظر ادم، محدودیت حرکت و درد بررسی نمایید. ورزش‌های دامنه حرکتی مفاصل را به آرامی انجام داده تا از صدمه مفصل جلوگیری شود.
- محلهای جراحی را به‌طور مکرر و دقیق از نظر خون‌ریزی ارزیابی کنید.
- تعیین کنید که بیمار و خانواده چگونه با بیماری و هرگونه محدودیت در سبک زندگی و انجام فعالیت‌های روز مره سازگار می‌شوند.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- درد در ارتباط با خون‌ریزی مفاصل و به دنبال آن آنکیلوز
- حفاظت غیرمؤثر از سلامتی در ارتباط با نیاز مداوم به اقدامات

1- Lumbar Puncture
2- Aminocaproic Acid (Amicar)
3- Desmopressin

پیشگیری‌کننده و سازگاری با بیماری مزمن
- سازگاری غیر مؤثر در ارتباط با بیماری مزمن و اثر آن بر سبک زندگی

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

خون‌ریزی

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف بیمار ممکن است شامل تسکین یا کاهش درد، پیروی از روش‌های پیش‌گیری‌کننده از خون‌ریزی، سازگاری با بیماری مزمن و تغییر سبک زندگی و فقدان عوارض جانبی باشند.

مداخلات پرستاری

تسکین یا کاهش درد

- جهت تسکین درد، داروهای مسکن تجویز کنید.
- بیمار را به حرکت به آهستگی و پیشگیری از وارد آمدن فشار بر روی مفاصل تشویق کنید.
- جهت افزایش تن‌آرامی، بهبود تحرک و کاهش درد، حمام گرم را توصیه نمایید.
- در دوره‌های خون‌ریزی از گرما اجتناب کنید زیرا گرما خون‌ریزی را تشدید می‌کند.
- جهت کاهش فشار بر مفاصل دردناک، از اسپلینت، عصا یا چوب زیر بغل استفاده کنید.

بررسی و درمان عوارض جانبی

- علایم و نشانه‌های هیپوکسی ارگان‌های حیاتی را بررسی کنید: بی‌قراری، اضطراب، گیجی، رنگ پریدگی، پوست سرد و مرطوب، درد قفسه‌سینه و کاهش برون ده ادراری.
- هیپوتانسیون و تاکی‌کاردی ناشی از کاهش حجم خون را بررسی کنید.
- پارامترهای همودینامیک را ارزیابی نمایید؛ بررسی‌های خون را انجام دهید.

- علایم خون‌ریزی از پوست، غشاهای مخاطی و زخم و نیز خون ریزی داخلی را بررسی نمایید.
- در صورت نیاز از کمپرس سرد بر روی نواحی خون ریزی دهنده استفاده کنید.
- جهت کاهش خون ریزی و صدمه، تزریقات داخل وریدی را با سوزن‌های شماره کوچک انجام دهید.
- در صورت دستور پزشک، خون، فرآورده‌های خونی و داروها را تجویز کنید.
- جهت پیشگیری از صدمه بیمار از اقدامات احتیاطی استفاده نمایید.

H

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

پیشگیری

- بیمار و خانواده را از خطر خون ریزی و ضرورت اقدامات احتیاطی آگاه کنید.
- به خانواده چگونگی تجویز فاکتورهای انعقادی در منزل با مشاهده اولین علامت خون ریزی را بیاموزید.
- بیمار و خانواده را به تغییر محیط زندگی جهت جلوگیری از صدمه فیزیکی تشویق کنید.
- استفاده از ریش‌تراش برقی و مسواک نرم جهت رعایت بهداشت دهان را تشویق نمایید.
- به بیمار اجتناب از تمیز کردن محکم بینی، سرفه و فشار زیاد هنگام دفع مدفوع را آموزش دهید؛ در صورت ضرورت از نرم کننده‌های مدفوع استفاده کنید.
- به بیمار اجتناب از مصرف آسپرین و داروهای حاوی آسپرین را بیاموزید.
- بیمار را تشویق کنید که ورزش‌های غیر تماسی مثل شنا، پیاده‌روی و گلف را انجام دهد؛ و ورزش‌های تماسی را انجام ندهد.
- بیمار را به چک آب منظم و انجام آزمایشات آزمایشگاهی تشویق کنید.

سازگاری با بیماری مزمن و تغییر سبک زندگی

- بیمار را به داشتن دستبند مشخصات تشویق کنید.
- به بیمار و خانواده در سازگاری با بیماری کمک کنید زیرا بیماری مزمن بوده

و محدودیت‌هایی در سبک زندگی به‌وجود می‌آورد. اختلال ارثی است که می‌تواند به نسل‌های بعدی منتقل شود.

- بیمار را به خودکفایی و حفظ استقلال تشویق نمایید.
- بیمار را به پذیرش مسئولیت بیشتر در مورد بیماری جهت حفظ حداکثر سلامتی تشویق کنید.
- اگر بیمار دارای ویروس نقص ایمنی‌اکتسابی انسان (HIV) می‌باشد، از تلاش بیمار و خانواده جهت غلبه بر عصبانیت حمایت کنید (درصد بیماران مبتلا به هموفیلی و HIV مثبت در حال افزایش است.) بیماران مبتلا به HIV مثبت را در یافتن منابع حمایتی کمک کنید.

H

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- فقدان یا کاهش درد را گزارش می‌دهد
- از روشهای پیشگیری از خون ریزی تبعیت می‌نماید
- سازگاری مؤثر با بیماری مزمن و تغییر سبک زندگی را نشان می‌دهد.
- دچار عوارض جانبی نمی‌گردد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Hepatic Encephalopathy and Hepatic Coma

آنسفالوپاتی کبدی و اغمای کبدی

آنسفالوپاتی کبدی (یک عارضه بیماری کبد) با نارسایی شدید کبدی به‌وجود آمده و ممکن است ناشی از تجمع آمونیوم و سایر متابولیت‌های سمی در خون باشد. کمای کبدی مرحله پیشرفته آنسفالوپاتی کبدی است. آمونیوم تجمع می‌یابد زیرا سلول‌های کبدی صدمه دیده در سمیت‌زدایی و تبدیل آمونیوم به اوره ناتوان می‌شوند. افزایش غلظت آمونیوم در خون موجب اختلال در عملکرد مغز و صدمه شده و باعث آنسفالوپاتی کبدی و کوما می‌شود. شرایطی که سطح آمونیوم سرم را می‌افزایند همانند مصرف مواد غذایی حاوی پروتئین و نمک‌های آمونیوم، موجب تشدید یا بدتر شدن

آنسفالوپاتی کبدی می‌گردند. سایر عواملی که ممکن است باعث آنسفالوپاتی کبدی شوند شامل دیورز شدید و دهیدراتاسیون، عفونت، تب، جراحی و سایر داروها هستند. آنسفالوپاتی سیستم پورت شایع‌ترین نوع آنسفالوپاتی کبدی است.

تظاهرات بالینی

- اولین نشانه‌های آنسفالوپاتی کبدی شامل تغییرات کوچک ذهنی و اختلالات حرکتی هستند. گیجی خفیف و تغییرات خلق روی می‌دهند؛ بیمار نامرتب بوده و اختلال در الگوی خواب و تمایل به خوابیدن در طی روز، بی‌قراری و بی خوابی در شب را تجربه می‌کند.
- با پیشرفت کوما، بیمار ممکن است برای بیدار شدن دچار مشکل باشد و آستریکسیس[1] (لرزش دستان) ممکن است بروز کند. وظایف ساده همچون نوشتن مشکل می‌شوند.
- در مراحل اولیه، بازتاب‌های بیمار هیپراکتیو هستند؛ با وخیم‌تر شدن آنسفالوپاتی، بازتاب‌ها ناپدید شده و اندام‌ها شل می‌شوند.
- در الکتروآنسفالوگرام (EEG) امواج مغزی آهسته و افزایش دامنه امواج را نشان می‌دهد.
- گاهی بوی هپاتیت (یک بوی تنفسی خاص شبیه علف تازه چیده شده، استون یا شراب کهنه) ممکن است استشمام شود.
- با پیشرفت بیماری اختلالات هوشیاری و اختلال در جهت‌یابی روی می‌دهند.
- با پیش‌رفت بیشتر، کوما و تشنج بروز می‌کند.

بررسی و روش‌های تشخیص

- اندازه‌گیری آمونیوم سرم.
- نشانه‌ها را در بیمار مشکوک بررسی کنید: نمونه یادداشت یا دست خط روزانه؛ آپراکسی[2] ساختاری نشانه پیشرفت بیماری است.

H

1- Asterixis

2- Apraxia

درمان طبی

- جهت کاهش آمونیوم سرم، لاکتولوز (سفولاک)[1] تجویز کنید. وجود مدفوع اسهالی نشانه افزایش مصرف لاکتوز را مشاهده نمایید.
- در صورت بروز علایم آنسفالوپاتی یا کومای قریب‌الوقوع، پروتئین رژیم غذایی را کاهش داده یا حذف کنید.
- در صورت تجویز، برای کاهش جذب آمونیوم از مجری گوارشی بیمار را انما دهید.
- آنتی‌بیوتیک‌های غیرقابل‌جذب (نئومایسین)[2] را به‌عنوان آنتی‌سپتیک روده‌ای تجویز کنید.
- روزانه میزان آمونیوم سرم را بررسی کنید؛ وضعیت الکترولیت را بررسی و در صورت غیرطبیعی بودن تصحیح نمایید.
- داروهایی که آنسفالوپاتی را تشدید می‌کنند، قطع کنید (برای مثال، داروهای آرامبخش، خواب‌آورها و مسکن‌ها).
- سایر داروها ممکن است شامل تجویز گلوکز داخل وریدی، ویتامین‌ها و اکسیژن باشند.

تدابیر پرستاری

- به‌طور مکرر وضعیت عصبی را بررسی نمایید. روزانه نمونه دست‌خط و توانایی محاسبه را جهت بررسی وضعیت ذهنی گزارش دهید.
- روزانه جذب و دفع و وزن بدن را بررسی کنید؛ حداقل هر ۴ ساعت علایم حیاتی را ارزیابی نمایید.
- عفونت پریتوان، ریوی یا سایر موارد را بررسی و به‌طور دقیق گزارش کنید.
- به خانواده در مورد بررسی علایم ظریف عود آنسفالوپاتی آموزش دهید.
- به بیمار رعایت رژیم غذایی کم پروتئین و پرکالری را آموزش دهید. سپس ممکن است پروتئین افزوده شود (۱۰g هر ۳ تا ۵ روز افزایش می‌یابد). در صورت مشاهده عود علایم، مصرف پروتئین را کاهش دهید.
- چگونگی تجویز لاکتولوز و بررسی عوارض جانبی را آموزش دهید.

1- Lactulose (Cephulac)

2- Neomycin

- جهت بررسی وضعیت جسمی و ذهنی بیمار و تبعیت از رژیم درمانی تجویز شده بیمار را به پرستار مراقبت در منزل ارجاع دهید.
- اهمیت پیگیری دوره‌ای را تاکید نمایید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

نارسایی برق آسای کبدی Hepatic Failure, Fulminant

نارسایی برق آسای کبدی سندرم بالینی اختلال ناگهانی و شدید در عملکرد کبد در فردی می‌باشد که سابقه بیماری را نداشته است. نارسایی برق آسای کبدی با ایجاد اولین نشانه‌ها یا یرقان در مدت ۸ هفته از شروع بیماری مشخص می‌شود. به سه دسته بسیار حاد، حاد و تحت حاد تقسیم می‌گردد. اضمحلال بالینی سریع وجود دارد که با صدمه وسیع هپاتوسلولار و نکروز مشخص می‌شود. میزان مرگ و میر ۵۰٪ تا ۸۵٪ است. هپاتیت ویروسی شایع‌ترین علت آن است؛ سایر علل داروهای سمی، شیمیایی، اختلالات متابولیک و تغییرات ساختاری می‌باشند.

تظاهرات بالینی

- یرقان و بی‌اشتهایی شدید.
- اغلب همراه با نقایص انعقادی، نارسایی کلیه، اختلال الکترولیت‌ها، عفونت، هیپوگلیسمی، آنسفالوپاتی و ادم مغزی است.

درمان

- پیوند کبد (درمان انتخابی).
- تعویض پلاسما یا خون، هموپرفیوژن شارکول و کورتیکواستروئیدها (پلاسما فرزیس).
- سیستم‌های حمایت کبد، همانند هپاتوسیت‌ها در ستون‌های فیبری سینتتیک[1]، وسایل خارجی کمک کبدی و کبد زیستی مصنوعی[2] تا زمانی

1- Synthetic Fiber Columns

که پیوند ممکن شود.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Hepatitis, Viral: Types A,B,C,D,E and G

هپاتیت ویروسی: انواع A، B، C، D، E و G

H

هپاتیت A

هپاتیت A در اثر ویروس RNA دار از خانواده انتروویروس‌ها به‌وجود می‌آید. روش انتقال بیماری روش مدفوعی ـ دهانی است که از طریق مصرف غذاها یا مایعات‌آلوده به ویروس منتقل می‌شود. ویروس پیش از شروع نشانه‌ها و در مدت اولین روزهای بیماری در مدفوع بیماران آلوده یافت می‌شود. دوره نهفته ۷ـ۲ هفته، به‌طور متوسط ۳۰ روز می‌باشد. دوره بیماری ممکن است ۸ـ۴ هفته طول بکشد. ویروس تنها به‌مقدار کمی در سرم وجود دارد؛ با ایجاد یرقان، بیمار احتمالاً بدون عفونت می‌باشد. بیماری که نسبت به هپاتیت A مصون شده است ممکن است مبتلا به سایر انواع هپاتیت شود. بهبودی از هپاتیت A معمول است؛ به‌ندرت به نکروز حاد کبدی و هپاتیت برق‌آسا پیشرفت می‌کند. ناقل بیماری وجود ندارد و به دنبال هپاتیت A، هپاتیت مزمن ایجاد نمی‌شود.

تظاهرات بالینی

- بسیاری از بیماران انیکتریک [3] (بدون یرقان) و بدون علامت هستند.
- علایم اولیه شبیه عفونت تنفسی فوقانی، خفیف و شبه آنفولانزا با تب کم هستند.
- بی‌اشتهایی علایم اولیه بوده و اغلب شدید می‌باشد.
- بعداً ممکن است یرقان و ادرار تیره به‌وجود آیند.
- سوء هاضمه به درجات مختلف وجود دارد.
- کبد و طحال ممکن است برای چند روز بعد از شروع بیماری به‌طور متوسط

2- bioartificial liver

3- anicteric

بزرگ شوند.
- احتمالاً بزرگسالان بیش از کودکان علایم دارند.
- بیمار ممکن است تمایل به دود سیگار و بوهای قوی داشته باشد؛ زمانی که یرقان به حداکثر خود می‌رسد، علایم کاهش می‌یابند.

بررسی و روش‌های تشخیص
- بررسی مدفوع از نظر آنتی‌ژن هپاتیت A
- آنتی‌بادی‌های ویروس هپاتیت A در سرم ؛ ایمونوگلبولین

H

پیشگیری
- واکسن هپاتیت برای گروه‌های پرخطر توصیه می‌شود (به حساسیت بیش از حد توجه کنید).
- تجویز ایمونوگلبولین جهت پیشگیری از هپاتیت A در مدت ۲ هفته بعد از تماس با فرد آلوده
- واکسن هپاتیت و ایمونوگلبولین برای افرادی که به کشورهای در حال توسعه و مراکزی با شرایط بهداشتی نامطلوب مسافرت می‌کنند توصیه می‌شود.
- ایمونوگلوبولین برای اعضاء خانواده و تماس‌های جنسی با افراد مبتلا به هپاتیت A توصیه می‌گردد.

درمان
- استراحت در تخت در مدت مرحله حاد؛ مصرف رژیم غذایی مغذی را تشویق کنید.
- غذا در حجم کم و تعداد دفعات زیاد همراه با گلوکز داخل وریدی را در صورت ضرورت در دوره بی‌اشتهایی به بیمار بدهید
- در دوره بهبودی انجام تحرک تدریجی و پیشرونده را تشویق نمایید. بیمار معمولاً در منزل درمان می‌شود مگر اینکه نشانه‌ها شدید باشند.
- به بیمار و خانواده جهت سازگاری با ناتوانی موقت و خستگی شایع در هپاتیت کمک کنید.

- در صورت تداوم یا بدتر شدن نشانه‌ها، به بیمار و خانواده ضرورت جستجوی مراقبت از سلامتی را آموزش دهید.
- جهت پیشگیری از انتشار بیماری به سایر اعضاء خانواده، به بیمار و خانواده درباره رژیم غذایی، استراحت، پیگیری بررسی‌های خون، پرهیز از الکل، و روش‌های بهداشتی (شستشوی دست) آموزش دهید.
- به بیمار و خانواده درباره کاهش احتمال انتقال بیماری آموزش دهید: بهداشت فردی خود با شستشوی دقیق دستها؛ بهداشت محیط، غذا و آب سالم و دفع صحیح فاضلاب.

H

هپاتیت B

ویروس هپاتیت B(HBV) ویروس DNAدار بوده که از طریق خون منتقل می‌شود. ویروس در بزاق، مایع منی و ترشحات واژن یافت می‌شود و می‌تواند از طریق غشاء مخاطی و گسیختگی پوست انتقال یابد. هپاتیت B دوره نهفته طولانی دارد. در کبد تکثیر یافته و در سرم برای مدت طولانی باقی می‌ماند و امکان انتقال ویروس را می‌دهد. افراد در معرض خطر شامل تمام کارکنان مراقبت بهداشتی، بیماران همودیالیز و بخش‌های انکولوژی، مردان هموسکسوال و بای سکسوال[1] و مصرف کنندگان داروهای تزریقی می‌باشند. دوره نهفته بین ۱ و ۶ ماه است. حدود ۱۰٪ بیماران به وضعیت ناقل پیشرفت کرده یا دچار هپاتیت مزمن می‌شوند. هپاتیت B علت اصلی سیروز و کارسینوم هپاتوسلولار در دنیا است.

تظاهرات بالینی

- نشانه‌ها ممکن است ناگهانی و متغیر باشند؛ اغلب دوره‌های تحت بالینی روی می‌دهد، تب و علایم تنفسی نادر هستند؛ برخی بیماران درد مفاصل و بثورات جلدی دارند.
- فقدان اشتها، دیس پپسی، درد شکم، درد عمومی، لاغری مفرط و ضعف ممکن است روی دهند.

1- Bisexual

- یرقان ممکن است وجود داشته باشد. در صورت وجود یرقان، مدفوع روشن و ادرار تیره می‌شود.
- کبد ممکن است حساس یا بزرگ باشد؛ طحال بزرگ شده و در برخی بیماران قابل لمس است. غدد لنفاوی خلف گردن نیز ممکن است بزرگ باشند.

بررسی و روش‌های تشخیص

آنتی‌ژن سطحی هپاتیت B در خون بیش از ۹۰٪ بیماران یافت می‌شود. آنتی‌ژن‌های دیگر به تثبیت تشخیص می‌کنند.

H

ملاحظات سالمندی

بیماران سالمند مبتلا به هپاتیتB در خطر بیشتری برای ابتلا به نکروز شدید سلولهای کبدی یا نارسایی برق آسای کبدی قرار دارند. بیمار به شدت ناخوش بوده و پیش‌آگهی ضعیف دارد.

پیشگیری

- غربالگری اهداکنندگان
- رعایت بهداشت فردی
- آموزش
- واکسن هپاتیت B

درمان طبی

- درمان با اینترفرون آلفا نتایج قابل قبولی را نشان داده است.
- استراحت در تخت و محدودیت فعالیت‌ها تا زمانی که بزرگی کبد و بالا بودن بیلی روبین سرم و آنزیم‌های کبدی رفع شوند.
- تغذیه کافی حفظ شود؛ هنگامی که توانایی کبد جهت متابولیسم محصولات پروتئین مختل می‌شود، رژیم غذایی حاوی پروتئین محدود گردد.
- برای کسالت[1] معمولی و دیس‌پپسی، داروهای آنتی‌اسید و ضدتهوع تجویز شوند؛ در صورتی که بیمار استفراغ می‌کند از تجویز تمام داروها پرهیز شود.

1- General malaise

- دوران نقاهت ممکن است طولانی شده و بهبودی ۳تا۴ ماه طول بکشد؛ در صورت تداوم استفراغ، بیمار را بستری کرده و مایع درمانی را آغاز کنید.

تدابیر پرستاری

- بعد از رفع کامل یرقان، فعالیت تدریجی را تشویق کنید.
- تاثیرات روانی بیماری طولانی مدت و ایزوله شدن و جدایی از خانواده و دوستان را در نظر بگیرید.
- خانواده را در برنامه‌ریزی مراقبت از بیمار و فعالیتها شرکت دهید.
- اقدامات جهت کنترل و پیشگیری از هپاتیت B را آغاز کنید. زنجیره انتقال را قطع نمایید؛ افراد در معرض خطر را با ایمن سازی فعال از طریق واکسن هپاتیت B محافظت کنید؛ از ایمن سازی غیر فعال برای افرادی که در معرض هپاتیت B قرار گرفته‌اند، استفاده نمایید.
- به بیمار و خانواده در مورد مراقبت در منزل و دوران نقاهت آموزش دهید.
- به بیمار و خانواده جهت فراهم نمودن استراحت و تغذیه کافی آموزش دهید.
- بیمار و دوستان نزدیک را درباره احتمال ابتلاء به هپاتیت B آگاه کنید.
- ترتیبی دهید تا خانواده و دوستان نزدیک بیمار، واکسن هپاتیت B یا ایمنوگلبولین آن را دریافت نمایند. واکسن هپاتیت B در سه نوبت، دومین و سومین نوبت ۱ و ۶ ماه بعد از اولین نوبت تجویز می‌گردد.
- به بیمار در مورد پرهیز از نوشیدن الکل هشدار دهید.
- خانواده را آگاه کنید که ملاقاتهای پیگیر در منزل توسط پرستار مراقبت در منزل جهت بررسی پیشرفت و درک و تاکید بر آموزش و پاسخ به سوالات ضرورت دارند.
- به افراد در معرض خطر علایم اولیه هپاتیت B و راه‌های کاهش انتقال (پرهیز از تمام روش‌های انتقال) را بیاموزید.
- بیمار را به به‌کارگیری روش‌هایی جهت پیشگیری از تماس با ترشحات بدن (همچون اجتناب از فعالیت جنسی یا استفاده از کاندوم) تشویق کنید.

هپاتیت C

تعداد قابل توجهی از افراد مبتلا به هپاتیت ویروسی، نه نوع B,A و نه نوع D را دارند؛ این افراد در دسته هپاتیت C قرار می‌گیرند. هپاتیت C از طریق روشهای تزریقی (تماس با سر سوزن آلوده، صدمات با سرسوزن یا آسیب‌های کارکنان مراقبت بهداشتی، انتقال خون) یا تماس جنسی منتقل می‌شود. دوره نهفته متغیر و بین ۱۵ تا ۱۶۰ روز است. دوره بالینی هپاتیت C مشابه هپاتیت B می‌باشد علایم معمولاً خفیف هستند. اغلب وضعیت ناقل مزمن به‌وجود می‌آید. احتمال سیروز کبدی و سرطان کبد بعد از هپاتیت C زیاد است. درمان ترکیبی با ریباویرین (ربتول)[1] و اینترفرون (اینترون ـ A) جهت درمان بیماران مبتلا به هپاتیت C و درمان دوره‌های عود بیماری مؤثر است.

H

هپاتیت D

هپاتیت D (عامل دلتا) در برخی موارد هپاتیت B به‌وجود می‌آید. فقط بیماران مبتلا به هپاتیت B در خطر هستند. ویروس جهت تکثیر نیازمند آنتی‌ژن سطحی هپاتیت B می‌باشد. در مصرف کنندگان داروهای وریدی، بیماران همودیالیزی و دریافت کنندگان ترانسفوزیون‌های متعدد خون شایع است. تماس جنسی روش مهم انتقال هپاتیت B و D می‌باشد. دوره نهفته بین ۲۱ و ۱۴۰ روز متغیر است. علایم مشابه هپاتیت B بوده به جز این که بیماران به احتمال بیشتر دچار هپاتیت برق آسا شده و به هپاتیت مزمن فعال و سیروز پیش‌رفت می‌کنند. درمان مشابه سایر انواع هپاتیت است.

هپاتیت E

ویروس هپاتیت E توسط روش دهانی ـ مدفوعی، اساساً از طریق آب آلوده و بهداشت ضعیف منتقل می‌شود. دوره نهفته متغیر است و بین ۱۵ و ۶۵ روز تخمین زده می‌شود. شروع و علایم مشابه سایر انواع هپاتیت ویروسی (شبیه هپاتیت A) می‌باشد. هپاتیت E دوره خود محدود شونده با شروع ناگهانی دارد. یرقان تقریباً همیشه وجود دارد؛ نوع مزمن ایجاد نمی‌شود. روش اصلی

1- Ribavirin (Rebetol)

پیشگیری اجتناب از تماس ویروس از طریق رعایت بهداشت (شستن دستها)می‌باشد. اثر بخشی ایمنوگلبولین در محافظت بر علیه ویروس هپاتیت E نامشخص است.

هپاتیت G

هپاتیت G، هپاتیت بعد از انتقال خون با دوره نهفته ۱۴ تا ۱۴۵ روز است. اتو آنتی‌بادی‌ها وجود ندارند. عوامل خطر مشابه هپاتیت C هستند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

H

فتق هیاتال Hiatal Hernia

در فتق هیاتال (هیاتوس) سوراخی در دیافراگم از مری عبور کرده است، بزرگ شده و قسمتی از معده به بخش تحتانی قفسه سینه وارد می‌شود. دو نوع فتق وجود دارد: اسلایدینگ[1] و پاراازوفاژیال[2]. در فتق هیاتال نوع ۱ یا اسلایدینگ، قسمت فوقانی معده و محل اتصال معده به مری[3] به سمت بالا جابجا شده به داخل قفسه‌سینه می‌لغزد و برمی‌گردد. این نوع در حدود ۹۰٪ بیماران مبتلا به فتق هیاتال مری روی می‌دهد. نوع کمتر شایع فتق پاراازوفاژیال براساس وسعت فتق به انواع مختلف (انواع II، III، IV) طبقه‌بندی می‌شود و زمانی روی می‌دهد که تمام یا قسمتی از معده از طریق دیافراگم به دنبال محل اتصال مری به معده وارد قفسه‌سینه می‌شود. فتق هیاتال در زنان بیشتر از مردان روی می‌دهد.

تظاهرات بالینی

فتق آکسیال[4] (اسلایدینگ)

- سوزش سردل، رگورژیتاسیون و دیس‌فاژی؛ حداقل در نیمی از موارد بدون علامت است.
- اغلب با رفلاکس همراه است.

1- Sliding
2- Paraesophageal
3- Gastroesophageal junction (GED)
4- Axial hernia

فتق پاراازوفاژیال

- احساس پری بعد از غذا یا ممکن است بدون علامت باشد
- رفلاکس معمولاً روی نمی‌دهد.
- عوارض خون‌ریزی، انسداد و احتمال خفگی

بررسی و روش‌های تشخیص

تشخیص با بررسی‌های رادیوگرافیک، بلع باریم و فلوروسکوپی تایید می‌شود.

H

درمان طبی

- غذا در حجم کم و تعداد دفعات زیاد داده شود تا به راحتی از مری عبور نماید.
- به بیمار توصیه شود که تا ۱ ساعت بعد از غذا دراز نکشد (پیشگیری از رفلاکس یا حرکت فتق).
- سر تخت ۴ تا ۸ اینچ بالا برده شود تا از فتق اسلایدینگ بالا رونده پیشگیری شود.
- در ۱۵٪ بیماران جراحی ضرورت می‌یابد؛ فتق پاراازوفاژیال ممکن است نیازمند جراحی فوری باشد.
- درمان طبی و جراحی فتق پاراازوفاژیال همانند رفلاکس معده به مری است: آنتی‌اسیدها، مهارکننده‌های گیرنده‌های هیستامین، مهارکننده پمپ اسیدمعده[1] یا داروهای پروکینتیک[2] (متوکلوپرامید[3] [رگلان]، سیساپرید [پروپولسید][4]).

فرآیند پرستاری: بیمار با بیماری مری و رفلاکس

بررسی

- تاریخچه کامل سلامتی شامل بررسی درد و تغذیه را فراهم کنید.
- وجود تهوع در بیمار را بررسی کنید
- قفسه سینه را جهت تعیین وجود عوارض ریوی سمع نمایید.

1- Gastric acid pump inhibitors
2- Prokinetic agents
3- Metoclopramide [Reglan]
4-Cisapride [propulcid]

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- عدم تعادل در تغذیه: کمتر از نیاز بدن در ارتباط با مشکل در بلع.
- احتمال آسپیراسیون در نتیجه مشکل در بلع یا تغذیه لوله‌ای.
- درد در ارتباط با مشکل در بلع، مصرف مواد محرک، تومور یا رفلاکس.
- کمبود آگاهی درباره اختلال مری، بررسی تشخیصی، درمان و باتوانی.

H

برنامه‌ریزی و اهداف

- اهداف اصلی ممکن است شامل مصرف کافی مواد غذایی، جلوگیری از اختلال تنفسی ناشی از آسپیراسیون، تسکین درد و افزایش سطح آگاهی باشند.

مداخلات پرستاری

تشویق مصرف کافی مواد غذایی

- به بیمار در مورد مصرف غذای کم‌چربی و پرفیبر آموزش دهید.
- بیمار را برای خوردن آهسته و جویدن کامل غذا تشویق کنید.
- مصرف غذاهای غیر محرک با حجم کم و تعداد دفعات بیشتر توصیه می‌شود؛ گاهی نوشیدن مایعات همراه غذا به عبور آن کمک می‌کند.
- غذا به روش مناسب تهیه شود تا به تحریک اشتها کمک نماید؛ از مواد محرک (تنباکو، الکل)، اجتناب شود.
- وزن پایه گرفته شود و روزانه ثبت گردد؛ مصرف مواد غذایی را ارزیابی کنید.

کاهش احتمال آسپیراسیون

- اگر بیمار مشکل در بلعیدن یا کنترل ترشحات دارد، او را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید.
- جهت کاهش خطر آسپیراسیون، به بیمار استفاده از ساکشن دهانی را بیاموزید.

تسکین درد

- به بیمار خوردن غذا در حجم کم و دفعات زیاد حداقل ۲ ساعت قبل از خواب را آموزش دهید.

- به بیمار پرهیز از مصرف قهوه، تنباکو، نوشیدنی‌های حاوی کربنات یا خیلی گرم یا خیلی سرد و غذاهای حاوی ادویه‌جات فراوان را آموزش دهید.
- جهت جلوگیری از رفلاکس یا حرکت فتق، به بیمار بیاموزید که ۱ تا ۴ ساعت بعد از غذا دراز نکشد.
- به بیمار اجتناب از هرگونه فعالیتی که موجب افزایش فشار بر قفسه سینه و افزایش درد می‌شوند را توصیه نمایید.
- سر تخت را ۴ تا ۸ اینچ بالا ببرید؛ بیمار از پوشیدن لباس تنگ خودداری کند.
- به بیمار عدم استفاده از ضداسیدهای معده بدون نسخه پزشک (به علت احتمال افزایش برگشتی‌اسید) را بیاموزید.
- مصرف آنتی‌اسیدها یا آنتاگونیست‌های هیستامینی تجویز شده را آموزش دهید.

H

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار اطمینان مجدد داده و تمام روش‌ها و اهداف را توضیح دهید.
- اطلاعات کافی جهت شرکت در برنامه مراقبت و تشخیص را ارائه دهید.
- در صورت نیاز بیمار را جهت عمل جراحی آماده کنید.
- در صورت مزمن بودن بیماری، به بیمار در برنامه‌ریزی برای سازگاری‌های مورد نیاز جسمی روانی مراقبت پی‌گیر کمک نمایید. در برنامه‌ریزی غذایی به مصرف داروهای تجویز شده و از سرگیری فعالیت‌ها کمک کنید.
- به بیمار و خانواده استفاده از وسایل خاص (وسایل تغذیه روده‌ای یا داخل وریدی، ساکشن) را آموزش دهید.
- درباره نیازهای غذایی و چگونگی بررسی کفایت تغذیه (بویژه در بیماران سالمند و ناتوان) آموزش دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری بیماران قبل و بعد از عمل جراحی مراجعه کنید.

تداوم مراقبت

- در صورت ضرورت مراقبت پرستاری در منزل جهت حمایت و بررسی را ترتیب بدهید.
- به بیمار طریقه آماده کردن غذای نرم یا مخلوط شده را آموزش دهید.

- به بیمار در سازگار نمودن برنامه دارویی با فعالیت‌های روزانه در صورت امکان کمک کنید.
- در صورت ضرورت ترتیب ملاقات با متخصص تغذیه، مددکار اجتماعی یا مراقبت در آسایشگاه را بدهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۵، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

بیماری هوچکین Hodgkin's Disease

بیماری هوچکین یک‌نوع سرطان نادر با علت ناشناخته است که از یک غده‌لنفاوی آغاز و به کل سیستم لنفاوی منتشر می‌شود. الگوی خانوادگی و نیز ویروس اپشتین بار (در ۴۰ تا ۵۰ در صد بیماران) همراه با بیماری هوچکین وجود دارد. در مردان شایع‌تر بوده و در اوایل ۲۰ سالگی و بعد از ۵۰ سالگی بیشتر روی می‌دهد. سلول رید استرنبرگ[1]، سلول تومور بزرگ از نظر مرفولوژی که تصور می‌شود سلول لنفاوی نارس باشد، نشان پاتولوژیک و بسیار مهم تشخیص بیماری هوچکین است. هم اکنون بیشتر بیماران مبتلا به بیماری هوچکین انواع "اسکلروزیس ندولار"[2] یا "بافت با سلول‌های مرکب"[3] دارند. نوع اسکلروزیس ندولار غالباً در زنان جوان و در مراحل اولیه روی می‌دهد اما پیش‌آگهی بدتری از نوع سلولهای مرکب دارد. نوع سلولهای مرکب بیشتر در مردان روی می‌دهد و موجب علایم جسمی بیشتر شده اما پیش‌آگهی بهتری دارد.

تظاهرات بالینی

- بزرگی بدون درد غدد لنفاوی در یک طرف گردن. گره‌های منفرد سفت و بدون درد هستند؛ محل‌های شایع ندولهای گردنی، سوپراسرویکال و مدیاستن می‌باشند.
- غددلنفاوی مدیاستن ممکن است در عکس قفسه‌سینه قابل رویت باشند و

1- Reed Sternberg
2- Nodular sclerosis
3- Mixed cellularity

موجب علایم ناشی از فشار شدید شوند (همانند تنگی نفس ناشی از فشار تراشه؛ دیسفاژی ناشی از فشار بر مری).
- نشانه‌ها ممکن است ناشی از فشار تومور بر سایر ارگانها باشند، همانند سرفه و افیوژن ریوی ناشی از انفیلتراسیون ریوی)؛ یرقان (ناشی از درگیری کبد یا انسداد مجاری صفراوی)؛ درد شکم در اثر اسپلنومگالی یا آدنوپاتی رتروپریتونئال)؛ یا درد استخوان (ناشی از درگیری اسکلتی).
- خارش شایع است و می‌تواند موجب ناراحتی شود؛ و علت آن ناشناخته می‌باشد. عفونت هرپس زوستر متداول می‌باشد.
- برخی از بیماران (۲۰٪) بعد از نوشیدن الکل درد شدید و کوتاه مدتی را در محل تومور تجربه می‌کنند.
- کم خونی خفیف ایجاد می‌شود؛ تعداد سلول سفید ممکن است افزایش یافته یا کاهش یابد؛ و فقدان کامل نیرو (فقدان یا کاهش پاسخ به آزمون‌های حساسیت پوست همچون عفونت کاندیدا، اوریون) ممکن است مشاهده شود.
- علایم جسمانی برای اهداف پیشگویی از روی نشانه‌ها (نشانه‌های B)، شامل تب (بدون لرز)، تعریق (بویژه در شب) و کاهش وزن بیش از ۱۰٪ وزن بدن (در ۴۰٪ بیماران یافت شده و در بیماری پیش‌رفته شایع‌تر است).

بررسی و روش‌های تشخیص

تشخیص به تعیین ویژگی بافت‌شناسی غدد لنفاوی برداشته شده بستگی دارد. بعد از تایید تشخیص، وسعت کلی درگیری تومور بررسی می‌شود و توزیع آن تعیین می‌گردد.
- بررسی‌های آزمایشگاهی: شمارش کامل خون؛ شمارش پلاکت، سرعت سدیمانتاسیون، بررسی عملکرد کبد و کلیه. سرعت سدیمانتاسیون، RBC و سطح مس سرم جهت بررسی فعالیت بیماری توسط برخی پزشکان به‌کار می‌روند.
- بیوپسی غددلنفاوی، بیوپسی مغزاستخوان، وجود سلول ریداسترنبرگ؛ مرحله درگیری غددلنفاوی
- عکس قفسه‌سینه و توموگرافی کامپیوتری (CT) قفسه‌سینه، شکم و لگن.

درمان طبی

درمان توسط مرحله بیماری و نوع بافت مشخص می‌شود

- شیمی درمانی به دنبال پرتودرمانی در مرحله اولیه بیماری به کار می‌رود.
- شیمی درمانی ترکیبی به تنهایی درمان استاندارد برای بیماری پیشرفته‌تر است.
- هنگامی که بیماری هوچکین عود می‌کند، استفاده از مقادیر زیادی از داروهای شیمی درمانی به دنبال پیوند مغز استخوان اتولوگ یا سلول بنیادی می‌تواند بسیار مؤثر باشد

H

تدابیر پرستاری

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره اقدامات پرستاری برای بیماران تحت شیمی درمانی و پرتو درمانی به مراقبت پرستاری سرطان مراجعه کنید.

- به بیمار در سازگاری با اثرات نامطلوب پرتودرمانی (ازوفاژیت، بی‌اشتهایی، فقدان چشایی، دهان خشک، تهوع و استفراغ، اسهال، واکنش‌های پوستی و لتارژی) کمک نمایید.
- غذاهای نرم و مخلوط با درجه حرارت کم را سرو کنید.
- به بیمار درباره رعایت بهداشت دندان آموزش دهید.
- در زمان تهوع شدید داروهای ضد تهوع را تجویز کنید.
- به بیمار بیاموزید که واکنشهای پوستی و پوست آفتاب سوخته یا برنزه شایع هستند؛ از مالش ناحیه و به کارگیری گرما، سرما یا لوسیون باید اجتناب کرد.
- بیمار را به استراحت و خوابیدن جهت حفظ انرژی تشویق کنید؛ لتارژی همراه با پرتودرمانی به‌وجود می‌آید.
- از طریق تشویق بیمار به خرید کلاه گیس پیش از ریزش مو به وی جهت آمادگی برای آلوپسی کمک کنید.
- بیمار را برای گزارش علایم عفونت جهت درمان فوری تشویق نمایید.
- جهت پیشگیری از اثرات سیستوتوکسیک روی جنین، به بیمار مصرف داروهای ضد بارداری در مدت شیمی درمانی را آموزش دهید.
- بیمار را به انجام ملاقاتهای پیگیر تشویق کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

بیماری هانتینگتون Hunting ton's Disease

بیماری هانتینگتون یک بیماری مزمن، ارثی سیستم عصبی است که موجب حرکات غیر ارادی کره‌ای شکل[1] (شبیه رقص) و دمانس می‌شود. محققین باور دارند که گلوتامین به‌طور غیر ارادی در هسته سلولهای خاصی در مغز تجمع یافته و موجب مرگ سلول می‌شود. بیماری هانتینگتون مردان و زنان تمام نژادها را مبتلا می‌سازد. این بیماری یک اختلال ژنتیک اتوزومال غالب است. هر کودک والدین مبتلا به هانتینگتون به احتمال ۵۰٪ بیماری را به ارث می‌برد. شروع معمولاً بین ۳۵ و ۴۵ سالگی است.

H

تظاهرات بالینی

- بارزترین تظاهرات ظاهری بالینی شامل حرکات غیرطبیعی (کره‌آ)، کاهش قدرت عقلانی و فکری و اختلال عاطفی می‌باشند.
- حرکات چرخشی و مداوم و غیر قابل کنترل کل بدن با پیشرفت بیماری روی می‌دهند.
- حرکات صورت به صورت تیک یا شکلک می‌باشند. تکلم به صورت جویده جویده، مردد، اغلب تند و گاهی نامفهوم می‌شود.
- جویدن و بلعیدن مشکل هستند، و احتمال آسپیراسیون و خفگی وجود دارد.
- طرز راه رفتن مختل شده و تحرک معمولاً غیر ممکن می‌شود. غالباً بیمار به صندلی چرخدار محدود می‌گردد.
- بیمار کنترل روده و مثانه را از دست می‌دهد.
- اختلال پیشرونده عقلی و فکری متعاقب دمانس به‌وجود می‌آید.
- تغییرات عاطفی غیرقابل کنترل روی می‌دهد اما با پیشرفت بیماری کمتر حاد می‌شود. بیمار ممکن است عصبی، تحریک‌پذیر یا بی‌حوصله باشد. در

1- Choreiform

مدت مراحل اولیه بیماری حملات غیر قابل کنترل عصبانیت؛ افسردگی شدید و غالباً همراه با خودکشی؛ بی‌تفاوتی یا سرخوشی وجود دارد.

- توهم، هذیان و تفکر پارانوئیدی ممکن است پیش از حرکات آشفته روی دهند.
- بیمار در مدت ۱۰ تا ۱۵ سال در اثر نارسایی قلب، پنومونی یا عفونت یا سقوط یا خفگی فوت می‌کند.

H

بررسی و روش‌های تشخیص

- تشخیص براساس تظاهرات بالینی، تاریخچه خانوادگی مثبت و سایر علل گذاشته می‌شود.
- بررسی‌های تصویربرداری همانند توموگرافی کامپیوتری (CT) و تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)، ممکن است آتروفی شیارهای مغز[1] را نشان دهند.
- نشانگر ژنتیک بیماری هانتینگتون تعیین می‌شود. امیدی برای درمان یا حتی تعیین اختصاصی زمان شروع بیماری وجود ندارد.

درمان طبی

هیچ نوع درمانی فرایند بیماری را متوقف یا کند نمی‌کند؛ مراقبت تسکینی ارائه می‌شود.

- داروها همانند فنوتیازین‌ها[2] (هالوپریدول)[3]، بوتیروفنون‌ها[4] و تیوگزانتنها[5] (مهارکننده‌های گیرنده دوپامین) و رزرپین[6] و ترابنازین[7]. درمان ضدپارکینسون (ال ـ دوپا) ممکن است کره‌آ را بهبود دهد و به‌طور موقت سفتی در برخی بیماران را بکاهد.

1- Striatum
2- Phenothiazines
3- Haloperidol
4- Butyrophenones
5- Thioxanthenes
6- Reserpine
7- Tetrabenazine

- علایم حرکتی به‌طور مداوم بررسی و ارزشیابی می‌شوند. آکاتیزیا[1] (بی قراری حرکتی) در بیماران تحت درمان با مقادیر زیادی دارو خطرناک است و باید گزارش شود.
- روان درمانی با هدف کاهش اضطراب و تنش ممکن است سودمند باشد؛ ضدافسردگی‌ها برای افسردگی یا تفکرات خودکشی تجویز می‌شوند.
- درمان بر نیازها و توانائیهای بیمار متمرکز است.

تدابیر پرستاری

H

- تاکید کنید که بیماری هانتینگتون بار عاطفی، جسمی، اجتماعی و مالی بر هر یک از اعضای خانواده وارد می‌نماید.
- مشاوره ژنتیک، مشاوره روانشناختی طولانی مدت، مشاوره ازدواج و حمایت مالی و قانونی را تشویق کنید.
- به بیمار و خانواده درباره داروها از جمله علایم نیاز برای تغییر مقدار یا نوع دارو را بیاموزید.
- روش هایی را جهت درمان نشانه‌ها مشخص نمایید (کره‌آ، مشکلات بلع، مشکلات حرکتی، یا تغییر در عملکرد روده و مثانه).
- برنامه مشاوره با گفتار درمان (در صورت نیاز) را ترتیب دهید.
- نیاز برای پی‌گیری منظم را تاکید کنید.
- جهت کمک به سازگاری بیمار و خانواده، آنها را به مراقبت پرستاری در منزل، مراقبت استراحت[2]، مراکز مراقبت روزانه و مراقبت ماهرانه طولانی مدت ارجاع دهید.
- اطلاعاتی درباره مرکز بیماری هانتینگتون در آمریکا ارائه دهید این مرکز اطلاعات، ارجاع بیمار، آموزش و حمایت جهت تحقیق را فراهم می‌کند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۵، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

1- Akathisia

2- Respite care

Hypergly cemic Hyperosmolar Nonketotic syndrome (HHNS)

سندرم هیپرگلیسمی هیپراسمولار بدون کتواسیدوز

سندرم هیپرگلیسمیک هیپراسمولار بدون کتواسیدوز (HHNKS) بیماری جدی است که در آن هیپرگلیسمی و هیپراسمولاریتی همراه با تغییرات حسی روی می‌دهند (احساس هوشیاری). کتوز حداقل بوده یا وجود ندارد. اختلال اساسی بیوشیمی خون، کمبود انسولین مؤثر (مقاومت به انسولین) است.

H

پاتوفیزیولوژی

هیپرگلیسمی مداوم موجب دیورز اسموتیک و از دست دادن آب و الکترولیتها می‌شود. اگرچه مقدار انسولین جهت جلوگیری از هیپرگلیسمی کافی نیست ولی مقدار کم انسولین موجود برای جلوگیری از تجزیه چربیها کافی می‌باشند. این شرایط غالباً در سالمندن (۵۰ تا ۷۰ ساله) بدون تاریخچه قبلی دیابت یا دارای دیابت خفیف نوع ۲ بروز می‌کند. تشدید این شرایط به حوادث غیرمنتظره مثل بیماری‌های حاد (پنومونی، انفارکتوس میوکارد، حمله)، استفاده از داروهای عامل کمبود انسولین (مثل دیورتیک‌های تیازیدی، پروپرانولول)، یا روش‌های درمانی (مثل دیالیز صفاقی، همودیالیز، یا خوراندن غذای زیاد) برمی‌گردد.

تظاهرات بالینی

- وجود تاریخچه پر ادراری یا پرنوشی برای روزها تا هفته‌ها.
- هیپوتانسیون، تاکی کاردی.
- دهیدراتاسیون شدید (غشاهای مخاطی خشک، کاهش تورگور پوست).
- علایم متغیر عصبی (تغییرات حسی، تشنج، همی پارزی).

بررسی و روش‌های تشخیص

- بررسی خون شامل گلوکز، الکترولیتها، نیتروژن اوره خون (BUN)، شمارش کامل سلولهای خونی، اسمولاریتی سرم و گازهای خون شریانی.

- تظاهرات بالینی دهیدراتاسیون شدید.

درمان طبی

درمان کلی HHNS مشابه کتواسیدوز دیابت (DKA) می‌باشد: مایعات، الکترولیتها، و انسولین.

- مایع‌درمانی با نرمال سالین ۰/۹٪ یا ۰/۴۵٪ بسته به میزان سدیم و شدت کاهش حجم خون را آغاز کنید.
- مانیتورینگ ورید مرکزی یا فشار شریانی ممکن است جهت راهنمایی جایگزینی مایعات ضروری باشد.
- زمانی که برون ده ادراری کافی است پتاسیم را به مایعات وریدی بیافزایید؛ و بیمار را با مانیتورینگ مداوم الکتروکاردیوگرام (ECG) و مقادیر آزمایشگاهی پتاسیم بررسی کنید.
- جهت درمان هیپرگلیسمی معمولاً انسولین با سرعت کم و مداوم تجویز می‌شود.
- زمانی که میزان قند به ۲۵۰ mg/dl تا ۳۰۰ کاهش می‌یابد، دکستروز به مایعات وریدی افزوده می‌شود.
- سایر روش‌های درمان براساس بیماری زمینه‌ای و نتایج ارزیابی مداوم بالینی و آزمایشگاهی تعیین می‌شوند.
- درمان ادامه می‌یابد تا زمانی که اختلالات متابولیک تصحیح شوند و علایم عصبی رفع گردند (ممکن است ۳ تا ۵ روز طول بکشد تا علایم عصبی رفع شوند).

تدابیر پرستاری

جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری دیابت ملیتوس و کتواسیدوز دیابتی مراجعه نمایید.

- حجم مایعات و وضعیت الکترولیت را جهت پیشگیری از نارسایی قلب و دیس ریتمی قلبی بررسی کنید (به علت سن بالای بیماران).
- تاکید کنید که بعد از بهبودی از HHNS، بسیاری از بیماران می‌توانند دیابت را با رژیم غذایی به تنهایی یا رژیم غذایی و داروهای خوراکی هیپوگلیسمیک کنترل کنند. انسولین ممکن است پس از رفع عارضه حاد

هیپرگلیسمیک نیاز نباشد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۱، درسنامه پرستاری داخلی جراحی بروز و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Hypertension (and Hypertensive Crisis)

هیپرتانسیون (و بحران هیپرتانسیو)

هیپرتانسیون به عنوان فشارخون سیستولیک بالای ۱۴۰mmHg یا فشار دیاستولیک بالای ۹۰mmHg، براساس دو یا بیش از دو بار اندازه‌گیری تعریف می‌گردد. هیپرتانسیون می‌تواند به انواع ذیل طبقه‌بندی شود:

- طبیعی: سیستولیک کمتر از ۱۲۰mmHg؛ دیاستولیک کمتر از ۸۰mmHg
- پیش هایپرتانسیون: سیستولیک ۱۳۹mmHg-۱۲۰ ؛ دیاستولیک ۸۹mmHg-۸۰
- مرحله ۱: سیستولیک ۱۴۰mmHg تا ۱۵۹؛ دیاستولیک ۹۰mmHg تا ۹۹
- مرحله ۲: سیستولیک بیشتر یا مساوی ۱۶۰mmHg؛ دیاستولیک بیشتر یا مساوی ۱۰۰mmHg

هیپرتانسیون عامل خطر اصلی بیماری آترواسکلروتیک قلبی - عروقی، نارسایی قلب، سکته مغزی و نارسایی کلیه می‌باشد. هیپرتانسیون موجب مرگ و میر یا ناتوانی می‌شود که با بالاتر رفتن فشار سیستول و دیاستول افزایش می‌یابند. فشارخون بالا برای مدت طولانی به عروق‌خونی اندامهای هدف (قلب، کلیه، مغز و چشم‌ها) صدمه می‌زند.

هیپرتانسیون بنیادی (اولیه)

در افراد مبتلا به فشارخون بالا، بین ۹۰ تا ۹۵ درصد دارای هیپرتانسیون بنیادی (اولیه) هستند که هیچ علت مشخص طبی ندارند؛ به نظر می‌رسد که یک بیماری چند عاملی - چند ژنی می‌باشد. فشارخون بالا، افزایش مقاومت محیطی و یا برون ده قلب ثانویه به افزایش تحریک سمپاتیک، بازجذب کلیوی سدیم و فعالیت سیستم رنین آنژیوتانسین و کاهش اتساع شریانها یا مقاومت به فعالیت انسولین روی می‌دهند.

گاهی اوقات، هیپرتانسیون ناگهانی و به شدت بروز می‌کند و یک دوره

بدخیم بوده که موجب اضمحلال سریع، وضعیت اورژانس معروف به بحران هیپرتانسیو یا اورژانس هیپرتانسیو می‌شود (کادر H-1).

اختلالات عاطفی، چاقی، مصرف زیاد الکل و تحریک زیاد با قهوه، تنباکو و داروهای محرک نقش مهمی در ایجاد هیپرتانسیون دارند. ایجاد هیپرتانسیون به زمینه خانوادگی بستگی دارد. بیشتر در زنان ایجاد می‌شود، اما مردان آفریقایی ـ آمریکایی کمتر قادر به تحمل بیماری هستند.

هیپرتانسیون ثانویه

H

هیپرتانسیون ثانویه با افزایش فشارخون با علت معین همانند بیماری شریانی،

کادر H-1 اورژانس بحران هیپرتانسیون

بحران هیپرتانسیو یا فوریت هیپرتانسیو زمانی وجود دارد که فشارخون بالا باید فوراً به حدی کاهش یابد که از صدمه به ارگان‌های مهم جلوگیری شود (لزوماً به کمتر از $\frac{۱۴۰}{۹۰}$mmHg نرسد). اورژانس هیپرتانسیو زمانی وجود دارد که فشارخون باید در مدت چند ساعت کاهش یابد. به علت احتمال صدمه به ارگان‌های حیاتی بحران هیپرتانسیو نیازمند درمان فوری در بخش مراقبت ویژه می‌باشد. رژیم دارویی برای مثال نیتروپروساید[1]، نیکاردیپین هیدروکلراید[2]) نیازمند بررسی دقیق همودینامیک است. علایم حیاتی باید هر ۵ دقیقه کنترل شوند.

بیماری کلیه، داروهای خاص، تومورها و حاملگی مشخص می‌شود. هیپرتانسیون می‌تواند حاد و علامت بیماری زمینه‌ای باشد که موجب تغییر در مقاومت عروق محیطی یا برون ده قلب می‌گردد.

تظاهرات بالینی

- معاینه جسمی ممکن است هیچ اختلالی غیر از فشارخون بالا را نشان ندهد.
- تغییرات در شبکیه به صورت خون‌ریزی (نقاط چوب پنبه‌ای ناشی از آنفارکتوس‌های کوچک)، اگزودا، شرایین باریک شده و ادم پاپی ممکن

1- Nitroprusside
2- Nicardipine Hydrochloride

است در هیپرتانسیون شدید مشاهده شود.
- علایم معمولاً نشانه صدمه عروقی ارگانهای مربوطه می‌باشند.
- بیماری شریان کرونر با آنژین یا آنفارکتوس میوکارد شایع‌ترین عارضه هیپرتانسیون است.
- هیپرتروفی بطن چپ ممکن است روی دهد؛ نارسایی سمت چپ قلب رخ می‌دهد.
- تغییرات پاتولوژیک ممکن است در کلیه روی دهند (شب‌ادراری و افزایش میزان نیتروژن اوره خون [BUN] و کراتینین).
- ابتلاء عروق مغزی ممکن است روی دهد (سکته مغزی یا حمله موقت ایسکمیک [برای مثال همی‌پلژی موقت، سقوط ناگهانی، سرگیجه، ضعف، تغییرات بینایی یا تکلم]).

بررسی و روش‌های تشخیص

- تاریخچه و معاینه جسمی، از جمله بررسی شبکیه؛ بررسی‌های آزمایشگاهی برای صدمه ارگانها، از جمله تجزیه ادرار، شیمی خون (سدیم، پتاسیم، کراتینین، گلوکز ناشتا، لیپوپروتئین کل و با دانسیته بالا)؛ الکتروکاردیوگرام (ECG)؛ و اکوکاردیوگرام جهت بررسی هیپرتروفی بطن چپ.
- بررسی‌های اختصاصی: پلیوگرافی وریدی، آرتریوگرافی کلیه، بررسی‌های عملکرد کلیه، میزان رنین، پروتئین ادرار ۲۴ ساعته، کلیرانس کراتینین.

درمان طبی

هدف از برنامه درمانی پیشگیری از فوت و عوارض بیماری از طریق دستیابی و حفظ فشارخون شریان در صورت امکان، کمتر از $\frac{۱۴۰}{۹۰}$ mmHg می‌باشد ($\frac{۱۳۰}{۸۰}$ mmHg برای افراد مبتلا به دیابت ملیتوس یا پروتئین اوری بیش از یک گرم در ۲۴ ساعت).
- روش‌های غیردارویی شامل کاهش وزن، محدودیت الکل، سدیم، تنباکو؛ ورزش منظم و تن آرامی می‌باشند. رژیم غذایی DASH (رویکرد غذایی

برای درمان هیپرتانسیون[1] با میوه و سبزیجات فراوان و فرآورده‌های نسبی کم می‌تواند فشارخون بالا را بکاهد.

- یک دسته دارویی انتخاب کنید که بیشترین اثر بخشی، کمترین عوارض جانبی و بهترین فرصت پذیرش توسط بیمار را داشته باشد. دو دسته دارویی به عنوان درمان اولیه موجود هستند: دیورتیک‌ها و بتابلاکرها.
- با اجتناب از برنامه‌های دارویی پیچیده، تبعیت از رژیم درمانی را موجب شوید.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به هیپرتانسیون

H

بررسی

- فشارخون را در فواصل مکرر بررسی کنید؛ فشارخون پایه را بدانید. به تغییرات فشارخون که نیازمند تغییر در دارو هستند، توجه نمایید.
- تعداد، ریتم و ویژگی ضربان نوک قلب و محیطی را بررسی کنید
- علایمی همچون خون‌ریزی بینی؛ درد آنژین؛ تنگی نفس؛ تغییرات بینایی، تکلم یا تعادل (سرگیجه)؛ سردرد یا ناکچوری را بررسی نمایید.
- بررسی کنید که به چه میزان هیپرتانسیون؛ بیمار را از نظر شخصی، اجتماعی یا مالی تحت تاثیر قرار می‌دهد.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- کمبود آگاهی در ارتباط بین رژیم درمانی و کنترل فرایند بیماری
- عدم تبعیت از درمان در ارتباط با عوارض جانبی درمان تجویز شده

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- خون‌ریزی شبکیه
- نارسایی قلب
- نارسایی یا عدم کفایت کلیه
- حوادث عروق مغزی (CVA)

1- Dietary Approach to Stop Hyperntension

- حمله ایسکمیک موقت (TIA)
- آنفارکتوس میوکارد
- هیپرتروفی بطن چپ

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی بیمار شامل درک فرایند بیماری و درمان آن، تبعیت از برنامه مراقبت از خود و فقدان عوارض جانبی می‌باشند.

H

مداخلات پرستاری

افزایش آگاهی

- بر مفهوم کنترل هیپرتانسیون (با تغییرات سبک زندگی و داروها) بجای درمان آن تاکید کنید.
- برنامه مشاوره با متخصص تغذیه جهت کمک به کاهش وزن بیمار ترتیب دهید.
- ابزارهای آموزش بیمار را از انجمن قلب آمریکا کسب کنید.
- بیمار را در جهت محدودیت مصرف الکل و اجتناب از مصرف تنباکو نصیحت نمایید.

بررسی و درمان عوارض احتمالی

- زمانی که بیمار برای مراقبت پی‌گیر مراجعه می‌کند تمام سیستم‌های بدن را بررسی کنید.
- از بیمار درباره تاری دید، نقاط نورانی در میدان بینایی یا کاهش حدت بینایی بپرسید.
- جهت تعیین این که آیا بررسی‌های بیشتر یا تغییرات دارویی مورد نیاز هستند یا نه، یافته‌های مهم را به‌طور کامل گزارش نمایید.

ملاحظات سالمندی

هیپرتانسیون سیستولیک منفرد در سالمندان در اثر تغییرات مرتبط با سن شایع است. تبعیت از برنامه درمانی برای سالمندان مشکل‌تر است زیرا درمان

دارویی باید مداوم باشد، ممکن است موجب عوارض جانبی گردد و ممکن است برای فردی با درآمد ثابت گران باشد.

- اگر ساده کردن برنامه دارویی و کاهش هزینه مناسب است، منوتراپی (درمان با یک دارو) را ترویج نمایید. مقدار دارو اغلب نصف مقدار مورد نیاز برای جوانان است.
- اطمینان یابید که بیمار را رژیم دارویی را درک کرده، می‌تواند دستورات دارویی را بخواند، می‌تواند در ظرف دارو را باز کند، و آماده تنظیم اثرات هیپوتانسیون وضعیتی داروهای ضد هیپرتانسیو (تغییر آهسته وضعیت، استفاده از وسایل حمایتی) می‌باشد.
- خانواده را در برنامه آموزشی شرکت دهید تا آنها نیازهای بیمار را درک کنند، تبعیت از برنامه درمانی را حمایت نمایند و بدانند که چه موقع از مراقبین سلامتی راهنمایی بخواهند.
- مراجعه به مراکز سرپایی برای مراقبت پیگیر را تشویق نمایید.
- تمام سیستم‌های بدن را جهت تعیین علایم صدمه عروقی ارگان‌های حیاتی همانند چشم‌ها تاری دید، نقاط نورانی در میدان بینایی، کاهش حدت بینایی)، قلب، سیستم عصبی و عملکرد کلیه، بررسی نمایید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- بیمار را حمایت کرده و تبعیت از درمان به روش با صرفه را ترویج دهید؛ با بیمار جهت تنظیم اهداف همکاری کنید.
- اهمیت مصرف دارو طبق تجویز برنامه‌ریزی جهت انجام ملاقات‌های پیگیر، رعایت محدودیت غذایی سدیم و چربی، افزایش میوه و سبزیجات و کنترل وزن را تاکید نمایید.
- بیمار را در برنامه‌ریزی تغییرات سبک زندگی از جمله برنامه ورزشی با فعالیت منظم جسمی حمایت کنید.
- مشاوره، آموزش، کنترل وزن؛ ترک سیگار را تشویق کنید؛ و بر گروه‌های خودیار برای بیمار و خانواده تاکید نمایید.

ترویج تبعیت از برنامه مراقبت از خود

- شرکت فعال بیمار در برنامه، از جمله خود کنترلی فشارخون و رژیم غذایی برای تبعیت زیاد، را تشویق نمایید.
- بیمار را به ترک الکل تشویق کنید زیرا الکل ممکن است اثر سینرژیستیک با دارو داشته باشد.
- مصرف تنباکو و فرآورده‌های نیکوتین را منع نمایید.
- به بیمار اطلاعات نوشتاری در مورد اثرات مورد انتظار و عوارض جانبی داروها بدهید.
- به بیمار و خانواده چگونگی اندازه‌گیری فشارخون را بیاموزید.

H

تداوم مراقبت

- بر اهمیت مراقبت پی‌گیر منظم تاکید کنید.
- در هر ملاقات بالینی از بیمار تاریخچه سلامتی بگیرید و معاینه جسمی را انجام دهید.
- مشکلات مرتبط با دارو را بررسی کنید (هیپوتانسیون وضعیتی).

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- پرفیوژن کافی بافتی حفظ می‌شود.
- از برنامه مراقبت از خود تبعیت می‌کند.
- هیچ عارضه جانبی را تجربه نمی‌نماید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۲، درمانه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Hyperthyroidism (Graves' Disease)

هیپرتیروئیدیسم (بیماری گریوز)

هیپرتیروئیدیسم دومین اختلال شایع غدد درون‌ریز است و بیماری گریوز شایع‌ترین نوع باشد. این بیماری در اثر ترشح بیش از حد هورمونهای تیروئید

در اثر تحریک غیرطبیعی غده تیروئید توسط ایمنوگلبولین‌های در گردش‌خون به وجود می‌آید. محرک‌های طولانی اثر تیروئید (LATS)[1] در غلظت‌های قابل توجه در سرم بسیاری از این بیماران یافت می‌شود. این اختلال زنان را هشت برابر مردان مبتلا می‌کند و حداکثر بین دهه‌های دوم و چهارم زندگی روی می‌دهد. ممکن است بعد از شوک عاطفی، تنش یا عفونت به‌وجود آید، اما اهمیت کامل این روابط مشخص نشده است. سایر علل شایع شامل تیروئیدیت و مصرف زیاد هورمون تیروئید (برای مثال برای درمان هیپوتیروئیدیسم) می‌باشند.

H

تظاهرات بالینی

هیپرتیروئیدیسم، گروهی از علایم و نشانه‌های خاص (تیروتوکسیکوز)[2] را ظاهر می‌سازد.

- عصبانیت (از نظر عاطفی بسیار عصبی)، تحریک‌پذیری، دلواپسی؛ ناتوانی برای آرام نشستن؛ تپش قلب؛ نبض سریع هنگام استراحت و فعالیت.
- عدم تحمل گرما؛ تعریق فراوان؛ پوست گر گرفته و گرم، نرم و مرطوب.
- پوست خشک و خارش منتشر در سالمندان.
- لرزش خفیف دستها.
- اگزوفتالموس[3] (بیرون زدگی چشم‌ها) در برخی بیماران.
- افزایش اشتها و مصرف غذا، کاهش پیش رونده وزن، خستگی غیر طبیعی عضلات، ضعف، آمنوره و تغییرات در عملکرد روده (یبوست یا اسهال).
- تعداد نبض بین ۹۰ و ۱۶۰ ضربه / دقیقه با تاکی‌کاردی سینوسی یا دیس ریتمی؛ افزایش فشار خون سیستولیک (بدون دیاستول) در نتیجه افزایش فشار نبض.
- فیبریلاسیون دهلیزی؛ عدم جبران قلبی به صورت نارسایی احتقانی قلب، بویژه در سالمندان.
- پوکی استخوان و شکستگی.

1- Long-Acting-Thyroird Stimulator 2- Thyurotoxicosis

3- Exophthalmos

- ممکن است شامل دوره‌های بهبودی نسبی و عود و بدتر شدن بیماری باشد، با بهبودی خود به خود در مدت چند ماه یا سال پایان می‌یابد.
- ممکن است به‌طور دائم و بی‌وقفه پیشرفت کرده و موجب لاغری مفرط، عصبانیت شدید، دلیریوم، اختلال در جهت‌یابی و هیپرتروفی میوکارد و نارسایی قلب شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- غده تیروئید بزرگ می‌شود؛ نرم بوده و ممکن است نبض‌دار باشد؛ لرزش ممکن است حس شود و صدای برویی روی شرایین تیروئید سمع گردد.
- بررسی‌های آزمایشگاهی افزایش تیروکسین سرم و افزایش جذب I^{123} یا I^{125} تا بیش از ۵۰٪ را نشان می‌دهند.

ملاحظات سالمندی

بیماران سالمند علایم و نشانه‌های مبهم و غیر اختصاصی را نشان می‌دهند. نشانه‌های اصلی بیمار سالمند ممکن است افسردگی، بی‌تفاوتی همراه با کاهش قابل توجه وزن و یبوست در برخی از بیماران باشد. بیمار ممکن است علایم قلبی ـ عروقی و مشکل در بالا رفتن از پله‌ها یا بلند شدن از صندلی به علت ضعف عضلات را گزارش کند؛ نارسایی احتقانی ممکن است مشاهده شود. بیماران سالمند ممکن است یک تظاهر بالینی، همانند فیبریلاسیون بطنی، بی‌اشتهایی یا کاهش وزن را تجربه کنند. این نشانه‌های عمومی ممکن است بیماری زمینه‌ای تیروئید را مخفی سازند. بهبودی خود به خود هیپرتیروئیدیسم به ندرت در سالمندان روی می‌دهد. اندازه‌گیری میزان جذب هورمون محرک تیروئید[1] (TSH) در سالمندان مبتلا به اضمحلال جسمی یا روانی بدون توضیح مشخص ضروری است. به کارگیری I^{123} یا I^{131} معمولاً برای درمان تیروتوکسیکوز مناسب‌تر از جراحی است مگر اینکه بزرگی تیروئید روی راه‌های هوایی فشار وارد کند. پیش از مصرف I^{131} تیروتوکسیکوز باید توسط داروهای ضدتیروئید کنترل شود زیرا پرتو درمانی

1- Thyroid-Stimulating Hormone

ممکن است طوفان تیروئید را تشدید نماید، طوفان تیروئید بالاترین میزان مرگ و میر در سالمندان را موجب می‌شود. بتا بلاکرها ممکن است ضرورت یابند. این داروها را با احتیاط مصرف کنید و بیمار را به دقت از نظر گرانولوسیتوپنی بررسی نمایید. مقدار سایر داروها را به علت تغییر در سرعت متابولیسم در هیپرتیروئیدیسم تعدیل کنید.

درمان طبی

درمان در جهت کاهش فعالیت بیش از حد تیروئید برای کاهش علایم سمپاتیک و رفع علت عوارض می‌باشد. سه نوع درمان موجود هستند:

- پرتو درمانی با تجویز I^{131} یا I^{123} برای اثرات تخریبی روی غده تیروئید
- درمان دارویی با داروهای ضدتیروئید
- جراحی با برداشتن بیشترین قسمتهای غده‌تیروئید

ید رادیو اکتیو (I^{131})

- I^{131} جهت تخریب سلول‌های بیش فعال تیروئید تجویز می‌شود (متداولترین درمان در سالمندان).
- I^{131} در حاملگی و مادران شیرده منع مصرف دارد زیرا ید رادیواکتیو از جفت عبور کرده و در شیر مادر ترشح می‌شود.

درمان دارویی

- هدف از درمان دارویی، مهار تولید یا ترشح هورمون و کاهش مقدار بافت تیروئید می‌باشد.
- داروهایی که به‌طور متداول تا زمان ایجاد وضعیت یوتیروئید[1] استفاده می‌شوند شامل پروپیل تیواوراسیل (پروپاسیل)، PTU)[2] متی‌مازول (تاپازول)[3] می‌باشند.
- دوز نگهدارنده به دنبال کاهش تدریجی دارو در مدت چندین ماه مشخص

1- euthyroid

2- Propylthiouracil (Propacil , PTU)

3- Methimazole (Tapazole)

می‌شود.
- داروهای ضد تیروئید در اواخر حاملگی منع مصرف دارند زیرا احتمال گواتر و کرتینیسم[1] در جنین وجود دارد.
- هورمون تیروئید ممکن است جهت استراحت تیروئید تجویز شود.

درمان کمکی
- یدید پتاسیم، محلول لوگول[2] و محلول اشباع شده یدید پتاسیم (SSKI)[3] ممکن است به کار روند.
- داروهای بتا آدرنرژیک ممکن است برای کنترل اثرات سیستم عصبی سمپاتیک (در هیپرتیروئیدیسم روی می‌دهد) تجویز شوند؛ برای مثال پروپرانولول برای عصبانیت، تاکی کاردی، لرزش، اضطراب و عدم تحمل گرما استفاده می‌شود.

درمان جراحی
- در مداخله جراحی (برای شرایط خاص به کار می‌رود) حدود پنج‌ششم غده تیروئید برداشته می‌شود.
- پیش از جراحی، به بیمار پروپیل تیواوراسیل تجویز شده تا علایم هیپرتیروئیدیسم ناپدید شوند.
- ید جهت کاهش اندازه تیروئید و عروق‌خونی آن و کاهش خون‌ریزی تجویز می‌گردد. بیمار به دقت از نظر علایم سمیت باید بررسی گردد (ادم مخاط دهان، افزایش ترشح بزاق، بثورات جلدی).
- عود احتمالی بیمار و عوارض جانبی نیازمند پی‌گیری طولانی مدت بیمار تحت درمان هیپرتیروئیدیسم می‌باشد.
- جراحی برای درمان هیپرتیروئیدیسم بعد از بازگشت عملکرد تیروئید به حالت طبیعی (در مدت ۴ تا ۶ هفته) انجام می‌شود.

1- Cretinism
2- Lugol's Solution
3- Saturated Solution of Potassium Iodide

فرآیند پرستاری: بیمار با هیپرتیروئیدیسم

بررسی

- تاریخچه سلامتی از جمله تاریخچه خانوادگی هیپرتیروئیدیسم را بگیرید و به گزارشات تحریک پذیری یا افزایش واکنش عاطفی و اثر این تغییرات در تعامل بیمار با خانواده، دوستان و همکاران توجه کنید.
- تنش‌زاها و توانایی بیمار برای سازگاری با تنش را ارزیابی نمایید.
- وضعیت تغذیه‌ای و وجود نشانه‌ها را ارزشیابی کنید؛ به عصبانیت بیش از حد و تغییرات بینایی و ظاهر چشم‌ها توجه کنید.
- وضعیت قلبی را به‌طور دوره‌ای بررسی و کنترل کنید (تعداد ضربان قلب، فشار خون، صداهای قلبی و نبض‌های محیطی).
- وضعیت عاطفی و روان شناختی را ارزیابی نمائید.

H

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن در ارتباط با افزایش سرعت متابولیسم، اشتهای زیاد و افزایش فعالیت معدی ـ روده‌ای.
- سازگاری غیر مؤثر در ارتباط با تحریک‌پذیری، عصبانیت بیش از حد، نگرانی و عدم ثبات عاطفی.
- اختلال در اعتماد به نفس در ارتباط با تغییرات در ظاهر، افزایش اشتها و کاهش وزن.
- عدم تعادل درجه حرارت بدن.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- تیروتوکسیکوز یا طوفان تیروئید.
- هیپوتیروئیدیسم.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف بیمار ممکن است بهبود وضعیت تغذیه‌ای، افزایش توانایی سازگاری، بهبود اعتماد به نفس، درجه حرارت طبیعی بدن و فقدان عوارض جانبی باشند.

مداخلات پرستاری

بهبود وضعیت تغذیه‌ای

- غذاهای پرکالری و با حجم کم در تعداد دفعات زیاد را برای رفع اشتهای زیاد بیمار فراهم کنید (بیش از ۶ وعده غذا در روز).
- آب و غذای از دست داده شده از طریق اسهال و تعریق را جایگزین کنید و اسهال ناشی از افزایش حرکات دودی روده را کنترل کنید.
- اسهال را با اجتناب از غذاهای محرک همانند قهوه، چای، کولا و الکل کاهش دهید؛ مصرف غذاهای پرکالری و پر پروتئین را تشویق نمایید.
- جهت کمک به هضم غذا، در زمان خوردن غذا محیط آرام فراهم کنید.
- روزانه میزان مصرف غذا و وزن بیمار را ثبت نمایید.

H

تقویت روش‌های سازگاری

- به بیمار و خانواده اطمینان دهید که انتظار می‌رود نشانه‌ها با درمان رفع شوند.
- روش آرام و بدون شتاب اتخاذ کنید و تجربیات استرس زا را به حداقل برسانید.
- محیط را آرام و ساده حفظ کنید.
- اطلاعاتی در مورد تیروئیدکتومی و درمان دارویی مقدماتی جهت کاهش اضطراب فراهم نمایید.
- به بیمار در مصرف داروها طبق دستور پزشک کمک کنید و تبعیت از برنامه درمانی را تشویق کنید.
- اطلاعات را تکرار کنید و در صورت لزوم به علت کاهش وسعت توجه دستورات نوشتاری فراهم نمایید.

افزایش اعتماد به نفس

- اطلاعاتی در مورد مشکلات مرتبط با ظاهر، اشتها و وزن به بیمار انتقال داده و در اتخاذ روش‌های سازگاری مؤثر کمک کنید.
- در صورتی که بیمار تغییرات چشم ثانویه به هیپرتیروئیدیسم را تجربه می‌کند، از چشمها محافظت نمایید؛ در مورد روش صحیح ریختن قطره‌های چشمی یا پماد برای تسکین چشم و محافظت از زخم قرنیه آموزش دهید.

- اگر بیمار تمایل دارد و اگر از خوردن غذای زیاد در اثر افزایش سرعت متابولیسم ناراحت می‌باشد، محیطی را جهت غذا خوردن به تنهایی ترتیب دهید. از اظهار نظر در مورد مصرف غذای بیمار پرهیز نمایید.

حفظ درجه حرارت طبیعی بدن

- در صورت لزوم محیط خنک و آرام و رواندار و لباس خنک فراهم کنید.
- بیمار را حمام آب ولرم بدهید و مایعات خنک فراهم نمایید؛ درجه حرارت بدن را کنترل کنید.
- اهمیت فراهم نمودن محیط خنک را برای بیمار و خانواده توضیح دهید.

H

کنترل و درمان عوارض احتمالی

- به دقت علایم و نشانه‌های طوفان تیروئید را بررسی کنید.
- عملکرد قلبی و ریوی را بررسی نمایید: علایم حیاتی، برون ده قلب، الکتروکاردیوگرام (ECG)، گازهای خون شریانی، پالس‌اکسی‌متری.
- جهت پیشگیری از هیپوکسی، اکسیژن تجویز نمایید.
- جهت حفظ قند خون و جایگزینی مایعات از دست رفته، مایعات داخل وریدی تجویز نمایید.
- داروهای ضدتیروئید جهت کاهش میزان هورمون تیروئید بدهید.
- پروپرانولول و دیژیتال جهت درمان نشانه‌های قلبی تجویز کنید.
- روشهایی را برای درمان شوک در صورت لزوم انجام دهید.
- علایم هیپوتیروئیدیسم را کنترل کنید؛ تداوم درمان را تشویق نمایید.
- داروهای ضد تیروئید، استفاده از ید را مهار می‌کنند (هورمون تیروئید ممکن است علاوه بر آن تجویز شود.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- چگونگی و زمان مصرف داروهای تجویز شده را آموزش دهید.
- به بیمار بیاموزید که چگونه رژیم درمانی را با برنامه درمانی وسیع هماهنگ کند. نتایج عدم مصرف داروها را توضیح دهید

- برنامه مراقبتی نوشتاری منحصر به فرد برای استفاده در منزل تدوین کنید.
- به بیمار و خانواده درباره اثرات مطلوب و عوارض جانبی داروها بیاموزید.
- به بیمار درباره عوارض جانبی که باید به پزشک گزارش دهد، آموزش دهید.
- به بیمار درباره انتظارات از تیروئیدکتومی (در صورت انجام آن) بیاموزید.
- به بیمار پرهیز از موقعیتهایی را بیاموزید که احتمال تحریک طوفان تیروئیدی را دارند.

H

تداوم مراقبت

- بر مراقبت پی‌گیر طولانی مدت به‌علت احتمال هیپوتیروئیدیسم پس از تیروئیدکتومی یا درمان با داروهای ضدتیروئید یا I^{131} تاکید نمایید.
- برای بررسی محیط منزل و خانوادگی، بیمار را به مراقبت در منزل ارجاع دهید.
- درک بیمار و خانواده از اهمیت رژیم درمانی و تبعیت از آن را بررسی کنید؛ بررسی پیگیر را توصیه نمایید.
- تغییرات نشاندهنده بازگشت به عملکرد طبیعی تیروئید را بررسی کنید؛ علایم جسمی هیپرتیروئیدیسم و هیپوتیروئیدیسم را بررسی نمایید.

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- بهبود وضعیت تغذیه را نشان می‌دهد.
- از روشهای سازگاری مؤثر در برخورد با خانواده، دوستان و همکاران استفاده می‌کند.
- به افزایش اعتماد به نفس دست یافته است.
- درجه حرارت بدن در حد طبیعی می‌باشد.
- فقدان عوارض جانبی را نشان می‌دهد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونو و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Hypoglycemia (Insulin Reaction)

هیپوگلیسمی (واکنش انسولین)

هیپوگلیسمی (کاهش غیر طبیعی قند خون) زمانی روی می‌دهد که قند خون به کمتر از ۵۰-۶۰mg/dl می‌رسد. می‌تواند در اثر مصرف زیاد انسولین یا داروهای خوراکی هیپوگلیسمیک، غذای بسیار کم یا فعالیت جسمی بسیار زیاد به‌وجود آید. هیپوگلیسمی ممکن است در هر زمانی روی دهد. اغلب پس از غذا، بویژه در صورت تاخیر در مصرف غذا یا حذف تنقلات بین وعده‌های غذایی، رخ می‌دهد. هیپوگلیسمی اواسط شب ممکن است به علت افزایش اثر انسولین NPH یا Lente به‌ویژه در بیمارانی که غذای قبل از خواب را نخورده‌اند، به‌وجود آید.

H

تظاهرات بالینی

- نشانه‌های هیپوگلیسمی ممکن است به دو گروه طبقه بندی شوند: علایم آدرنرژیک و علایم سیستم عصبی مرکزی.
- نشانه‌های هیپوگلیسمی ممکن است ناگهانی و به‌طور غیر منتظره روی دهند و از فردی به فرد دیگر متفاوت می‌باشند.
- بیمارانی که قند خونشان در طیف هیپرگلیسمیک (۲۰۰mg/dL یا بیشتر) می‌باشد، ممکن است زمانی دچار علایم آدرنرژیک هیپوگلیسمی شوند که قند خون به سرعت تا ۱۲۰mg/dL (۶/۶mmol/L) یا کمتر کاهش یابد.
- بیماران دارای قند خون کمتر از طبیعی در حالت معمول ممکن است زمانی که قند خون به آهستگی زیر ۵۰mg/dL و (۲/۷mmol/L) برسد، نشانه‌ای را تجربه نکنند.
- کاهش پاسخ (آدرنرژیک) هورمونی هیپوگلیسمی ممکن است در بیمارانی به‌وجود آید که برای سالهای طولانی دیابت داشته‌اند. بیمار باید به‌طور مکرر بررسی قند خون را انجام دهد.
- با کاهش گلوکز خون، افزایش ناگهانی آدرنالین روی نمی‌دهد، و بیمار نشانه‌های آدرنرژیک معمول را احساس نمی‌کند (تعریق و لرز).

هیپوگلیسمی خفیف
سیستم عصبی سمپاتیک تحریک شده موجب تعریق، لرز، تاکی کاردی، تپش قلب، عصبانیت و گرسنگی می‌شود.

هیپوگلیسمی متوسط
هیپوگلیسمی متوسط موجب اختلال در عملکرد سیستم عصبی مرکزی، شامل ناتوانی در تمرکز، سردرد، احساس سبکی در سر، گیجی، و اختلال حافظه می‌شود. نشانه‌های دیگر شامل بی حسی لبها و زبان، تکلم نامفهوم، اختلال در هماهنگی، تغییرات عاطفی، رفتار پرخاشگرانه یا ستیزه جو، دوبینی و خواب آلودگی یا ترکیبی از این نشانه‌ها می‌باشند.

هیپوگلیسمی شدید
در هیپوگلیسمی شدید، عملکرد سیستم عصبی مرکزی بیشتر مختل می‌شود. بیمار نیاز به کمک دیگران جهت درمان دارد. نشانه‌ها ممکن است شامل رفتار سردرگم، تشنج، مشکل در بیدار شدن از خواب یا فقدان هوشیاری باشند.

بررسی و روش‌های تشخیص
اندازه‌گیری میزان گلوکز سرم

ملاحظات سالمندی
فرد سالمند به تنهایی زندگی می‌کند و ممکن است نشانه‌های هیپوگلیسمی را شناسایی نکند. با کاهش عملکرد کلیه، داروهای هیپوگلیسمیک خوراکی بعد از مدت طولانی‌تری توسط کلیه‌ها دفع می‌شوند. به بیمار پرهیز از از دست دادن وعده‌های غذایی به علت کاهش اشتها یا محدودیت‌های مالی را بیاموزید. کاهش حدت بینایی ممکن است موجب اشتباهاتی در تجویز انسولین شود.

درمان طبی
- توصیه معمول، ۱۵g قند سریع‌الاثر به صورت خوراکی می‌باشد: ۱) سه یا چهار قرص گلوکز آماده تجاری (قرصهای گلوکاگون)؛ ۲) ۴ تا ۶ اونس آب

میوه یا نوشابه معمولی ؛ ۳) ۶ تا ۱۰ آب نبات؛ ۴) ۲ تا ۳ قاشق چایخوری شکر یا عسل.

- بیمار باید از افزودن قرص قند به آب میوه، حتی آب میوه بدون قند پرهیز کند زیرا ممکن است موجب افزایش سریع گلوکز در نتیجه هیپرگلیسمی بعد از چند ساعت شود.
- درمان در صورت تداوم بیش از ۱۰ تا ۱۵ دقیقه تکرار می‌شود؛ بیمار بعد از ۱۵ دقیقه مجدداً بررسی شود و در صورتی که قند خون کمتر از ۷۰ mg/dl تا ۷۵ باشد مجدداً درمان می‌شود.
- بیمار باید بعد از رفع علایم یک غذای حاوی پروتئین و نشاسته (شیر یا نان‌و پنیر) میل کند یا باید ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بعد غذا یا تنقلات بین وعده غذایی را بخورد.
- بیماران دیابتی باید همیشه نوعی قند ساده با خودشان داشته باشند.
- بیمار از خوردن دسرهای پرکالری و پرچربی برای درمان هیپوگلیسمی منع می‌شود، زیرا غذاهای پرچرب ممکن است جذب گلوکز را آهسته کنند.

درمان هیپوگلیسمی در بیمار بیهوش

- گلوکاگون، ۱mg زیر جلدی یا داخل عضلانی برای بیمارانی که نمی‌توانند ببلعند یا از درمان تبعیت کنند؛ بیمار ممکن است بعد از ۲۰ دقیقه هوشیاری خود را بدست آورد. هنگام به هوش آمدن، قند ساده به وی تجویز کنید. ml ۵۰-۲۵ دکستروز ۵۰٪ در آب به صورت داخل وریدی برای بیماران بیهوش یا بیمارانی که نمی‌توانند ببلعند (در بیمارستان) تجویز می‌شود.

مراقبت پرستاری

- به بیمار درباره پیشگیری از هیپوگلیسمی مداوم، الگوی منظم خوردن، تجویز انسولین و ورزش آموزش دهید. برای مقابله با حداکثر اثر انسولین تنقلات بین وعده غذایی و زمان خواب را مصرف کنید.
- تاکید کنید که بررسی‌های منظم قند خون انجام می‌شوند تا تغییرات نیاز به انسولین پیش‌بینی شوند.
- بیمار دریافت‌کننده انسولین را به داشتن دستبند مشخصات که نشانه داشتن دیابت است تشویق کنید.

H

- به بیمار بیاموزید که در صورت بروز هیپوگلیسمی شدید به پزشک اطلاع دهد.
- به بیمار و خانواده درباره نشانه‌های هیپوگلیسمی و مصرف گلوکاگون آموزش دهید.
- به خانواده آموزش دهید که هیپوگلیسمی می‌تواند موجب تحریک و رفتار ناخواسته شود.
- به بیمار اهمیت انجام بررسی‌های گلوکز خون به‌طور مکرر و منظم را آموزش دهید.
- به بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ که داروی هیپوگلیسمیک خوراکی مصرف می‌کند، بیاموزید که نشانه‌های هیپوگلیسمی ممکن است بروز کند.

H

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۱، درمانگاه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

هیپوپاراتیروئیدیسم Hypoparathyroidism

شایع‌ترین علت هیپوپاراتیروئیدیسم ترشح ناکافی هورمون پاراتیروئید بعد از قطع جریان خون یا برداشتن غدد پاراتیروئید حین تیروئیدکتومی، پاراتیروئیدکتومی یا جراحی رادیکال گردن می‌باشد. آتروفی غدد پاراتیروئید با علت ناشناخته کمتر شایع است. نشانه‌ها در اثر کمبود پاراتورمون می‌باشند که موجب افزایش فسفات خون و کاهش کلسیم خون می‌شود.

تظاهرات بالینی

- تتانی نشانه اصلی است.
- تتانی نهفته: بی‌حسی، گز گز و کرامپ اندامها؛ سفتی دستها و پاها
- تتانی آشکار: برونکواسپاسم، اسپاسم حنجره، اسپاسم کارپوپدال، دیس‌فاژی، ترس از نور، دیس ریتمی قلبی و تشنج
- سایر نشانه‌ها: اضطراب، تحریک پذیری، افسردگی و دلیریوم. تغییرات الکتروکاردیوگرام (ECG) و هیپوتانسیون ممکن است روی دهند.

بررسی و روش‌های تشخیص

- تتانی نهفته توسط علایم تروسو[1] یا چوستوک[2] مثبت مشخص می‌شود

1- Trousseau

(تتانی با کلسیم سرم ۵-۶mg/dl یا ۱/۲-۱/۵mmol/L تعیین می‌گردد).

- تشخیص به علت علایم مبهم مشکل است؛ نتایج آزمایشگاهی کاهش کلسیم سرم، افزایش فسفات سرم؛ افزایش دانسیته استخوان و کلسیفیکاسیون مغز در رادیوگرافی را نشان می‌دهند.

درمان طبی

- میزان کلسیم سرم تا ۹-۱۰mg/dL افزایش می‌یابد.
- زمانی که هیپوکلسمی و تتانی بعد از تیروئیدکتومی روی می‌دهد، فوراً گلوکونات کلسیم داخل وریدی تجویز می‌شود. آرام‌بخش‌ها (فنوباربیتال) ممکن است تجویز گردند. پاراتورمون داخل وریدی داده می‌شود، مراقب واکنش حساسیتی باشید.
- تحریک پذیری عصبی ـ عضلانی؛ را با فراهم‌کردن محیط عاری از صدا و نورهای درخشنده یا حرکت ناگهانی کاهش دهید.
- درمان فوری با داروهای برونکودیلاتور، تراکئوستومی یا تهویه مکانیکی برای دیسترس تنفس
- هیپوپاراتیروئیدیسم مزمن با رژیم غذایی غنی از کلسیم و کم فسفر درمان می‌شود. بیمار باید از مصرف شیر، فرآورده‌های لبنی، زرده تخم‌مرغ و اسفناج پرهیز کند.
- قرصهای کلسیم خوراکی و فراورده‌های ویتامین D و هیدروکسید آلومینیوم یا کربنات آلومینیوم ممکن است تجویز شوند.

تدابیر پرستاری

- علایم تتانی، تشنج و مشکلات تنفسی را پیش‌بینی کنید.
- گلوکونات کلسیم در کنار تخت بیمار داشته باشید و مشکلات قلبی همچون دیس ریتمی را بررسی نمایید. اگر بیمار دیژیتال مصرف می‌کند، گلوکونات کلسیم باید به آهستگی و با احتیاط تجویز شود.
- بررسی مداوم قلبی و ارزیابی دقیق فراهم کنید؛ کلسیم و دیژیتال انقباض

2- chvostek

سیستول را افزایش می‌دهند. و احتمال دیس ریتمی کشنده را می‌افزایند.

- قرصهای خوراکی نمکهای کلسیم (گلوکونات کلسیم) را تجویز کنید؛ ژل هیدروکسید آلومینیم را پس از غذا جهت باندشدن با فسفات تجویز نمایید.
- جهت افزایش جذب کلسیم از دستگاه گوارش فرآورده‌های ویتامین D را تجویز کنید.
- به بیمار درباره دارو و رژیم درمانی و افزایش مصرف کلسیم و کاهش مصرف فسفات آموزش دهید؛ به بیمار جهت تماس با پزشک در صورت بروز نشانه‌ها بیاموزید.
- اهمیت رعایت رژیم غذایی پر کلسیم و کم فسفر را برای بیماران مبتلا به هیپوپاراتیروئیدیسم مزمن آموزش دهید.
- به بیمار هشدار دهید تا مصرف شیر، فرآورده‌های لبنی و زرده تخم مرغ را محدود کند زیرا آنها حاوی مقادیر زیادی فسفر هستند و نیز اسفناج را از رژیم غذایی حذف کند زیرا حاوی اگزالات می‌باشد که موجب تشکیل مواد کلسیمی نامحلول می‌گردد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

کم‌کاری هیپوفیز Hypopituitarism

کم‌کاری هیپوفیز، نارسایی هیپوفیز ناشی از تخریب لوب قدامی غده هیپوفیز یا کم‌کاری هیپوتالاموس می‌باشد. پان‌هیپوپیتیتاریسم (بیماری سیموند)[1] فقدان کامل تمام ترشحات هیپوفیز است و بیماری نادری می‌باشد. نکروز غده هیپوفیز پس از زایمان (سندرم شیهان)[2] علت غیر شایع نارسایی هیپوفیز قدامی است. به احتمال زیاد در زنانی روی می‌دهد که در زمان زایمان خون زیاد از دست داده‌اند، دچار هیپوولمی و هیپوتانسیون هستند. کم‌کاری هیپوفیز همچنین عارضه پرتودرمانی سروگردن می‌باشد. تخریب کامل غده هیپوفیز

1- Panhypopituitarism (Simmond's disease)

2- Sheehan's syndrome

توسط تروما، تومور یا ضایعه عروقی تمام محرکی را از بین می‌برد که به‌طور طبیعی توسط غده تیروئید، غدد جنسی و آدرنال دریافت می‌شود. نتیجه آن کاهش شدید وزن، لاغری مفرط، آتروفی غدد آندوکرین و تمام ارگانها، از دست دادن مو، ناتوانی جنسی، آمنوره، هیپومتابولیسم و هیپوگلیسمی می‌باشد. کوما و مرگ بدون جایگزینی هورمونها روی می‌دهند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

H

Hypothyroidism & Myxedema

هیپوتیروئیدیسم و میکزدم

هیپوتیروئیدیسم بیماری اختلال تیروئید (کاهش میزان هورمون تیروئید) می‌باشد. انواع هیپوتیروئیدیسم شامل اولیه، به اختلال در عملکرد غده تیروئید اطلاق می‌شود (بیش از ۹۵٪ موارد)؛ مرکزی، در اثر نارسایی غده هیپوفیز، هیپوتالاموس یا هر دو؛ ثانویه یا هیپوفیزی، مربوط به اختلال غده هیپوفیز به تنهایی؛ و ثالثیه یا هیپوتالاموس، در اثر اختلال هیپوتالاموس ناشی از ترشح ناکافی هورمون محرک تیروئید (TSH) در اثر کاهش تحریک توسط هورمون آزاد کننده تیروتروپین (TRH) می‌باشد. هیپوتیروئیدیسم اغلب در زنان سالمند روی می‌دهد. علل آن شامل تیروئیدیت خودایمنی (تیروئیدیت هاشیموتو[1] شایع‌ترین نوع در بزرگسالان)؛ درمان برای هیپرتیروئیدیسم (ید رادیواکتیو، جراحی یا داروهای ضد تیروئید)؛ پرتو درمانی به علت سرطان سروگردن؛ بیماریهای انفیلتراتیو تیروئید (آمیلوئیدروزیس[2] و اسکلرودرما)؛ کمبود ید؛ و افزایش ید می‌باشند. زمانی که نارسایی تیروئید در زمان تولد وجود دارد، به آن کریتینیسم اطلاق می‌شود. اصطلاح «میکزدم» به تجمع موکوپلی‌ساکاریدها در زیر جلد و سایر بافت‌های بینابینی اطلاق می‌شود که تنها برای توصیف علایم هیپوتیروئیدیسم شدید به کار می‌رود.

1- Hashimoto's thyroiditis 2- Amylordosis

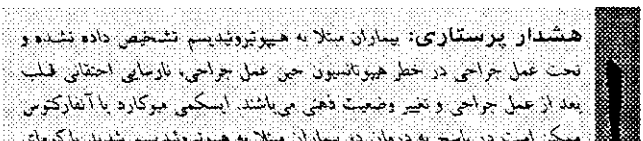
تظاهرات بالینی

- علایم اولیه غیراختصاصی.
- خستگی شدید.
- از دست دادن مو، ناخن‌های شکننده، پوست خشک، و بی‌حسی و گزگز انگشتان.
- صدای خشک و گرفتگی صدا.
- اختلالات قاعدگی؛ منوره یا آمنوره؛ فقدان میل جنسی.
- هیپوتیروئیدیسم شدید: نبض و درجه حرارت کمتر از حد طبیعی؛ افزایش وزن بدون، افزایش مصرف غذا؛ کاشکسی (با هیپوتیروئیدیسم شدید).
- احساس سرما در محیط گرم.
- پاسخهای عاطفی ملایم‌تر با پیشرفت بیماری؛ فرایند ذهنی یکنواخت و بی تفاوت.
- تکلم آهسته؛ بزرگی زبان، دستان و پاها؛ یبوست؛ احتمال کری.
- هیپوتیروئیدیسم (زنان را ۵ برابر مردان مبتلا می‌سازد)؛ استعداد آترواسکلروز با تمام پیامدهایش.
- هیپوتیروئیدیسم پیشرفته: تغییرات شخصیت و شناختی، پلورال افیوژن، افیوژن پریکارد و ضعف عضلات تنفسی.
- میکزدم: پوست ضخیم، نازک شدن مو یا آلوپسی؛ چهره ماسک مانند و بدون حالت.
- هیپوتیروئیدیسم پیشرفته با هیپوترمی: حساست غیر طبیعی به آرامبخش‌ها، مخدرها و داروهای بیحسی (این داروها با احتیاط زیاد تجویز می‌شوند).

ملاحظات سالمندی

شیوع زیاد هیپوتیروئیدیسم در سالمندان ممکن است با تغییرات در عملکرد سیستم ایمنی با افزایش سن مرتبط باشد. افسردگی، بی تفاوتی یا کاهش تحریک یا فعالیت ممکن است نشانه اولیه اصلی باشند. اثرات مسکن‌ها، آرامبخش‌ها و داروهای بیحسی در تمام بیماران مبتلا به هیپوتیروئیدیسم طولانی می‌شوند و این داروها باید با احتیاط تجویز شوند. جایگزینی هورمون تیروئید باید با مقدار کم شروع شده و جهت پیشگیری از عوارض جانبی قلبی

عروقی و عصبی همانند آنژین به تدریج افزایش یابد. بررسی منظم TSH سرم برای افراد بالای ۶۰ سال توصیه می‌شود. میکزدم و کومای میکزدم معمولاً منحصراً در افراد بالای ۵۰ سال سن روی می‌دهند.



H

درمان طبی

هدف اولیه باز گرداندن وضعیت متابولیسم به حالت طبیعی از طریق جایگزینی هورمون تیروئید می‌باشد. درمان دیگر در هیپوتیروئیدیسم شدید شامل حفظ عملکرد حیاتی، بررسی مقادیر گازهای خون شریانی (ABG) و تجویز مایعات با احتیاط به علت خطر سمیت با آب می‌باشد.

درمان دارویی

- لووتیروکسین صناعی (سینتروید یا لووتروید)[1] فراوردهٔ ارجح است
- از به کارگیری گرمای خارجی پرهیز کنید زیرا نیاز به اکسیژن را افزوده و ممکن است موجب کلاپس عروقی شود.
- گلوکز تغلیظ شده ممکن است در صورت بروز هیپوگلیسمی تجویز شود.
- در صورت ایجاد کومای میکزدم، هورمون تیروئید تا زمان بازگشت هوشیاری به صورت داخل وریدی تجویز می‌گردد.

تداخل هورمونهای تیروئید با سایر داروها

- هورمونهای تیروئید قند خون را افزایش می‌دهند، که ممکن است تنظیم مقدار انسولین یا داروهای هیپوگلیسمی خوراکی ضرورت یابد.

1- Levothyroxine (Synthroid or Levothroid)

- اثرات هورمون تیروئید ممکن است توسط فنی‌توئین و ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای افزایش یابند.
- هورمون تیروئید ممکن است اثر دیژیتال، گلیکوزیدها، ضد انعقادها و ایندومتاسین را بیافزاید، در نتیجه مشاهده و بررسی دقیق عوارض جانبی این داروها ضروری است.

هشدار پرستاری: هیپوتیروئیدیسم شدید درمان نشده حساسیت به داروهای خواب آور و آرامبخش را افزایش می‌دهد.

H

فرآیند پرستاری: بیمار با هیپوتیروئیدیسم

بررسی

- علایم حیاتی را بررسی و ثبت کنید.
- تعداد، عمق، الگوی تنفسی، پالس‌اکسی‌متری و نتایج ABG را بررسی نمایید.
- تمام سیستم‌های بدن را ارزیابی کنید؛ به هرگونه عملکرد غیرطبیعی توجه نمایید.
- اثر بیماری بر بیمار و خانواده و مهارت‌های سازگارهای آنها را بررسی کنید.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- عدم تحمل فعالیت در ارتباط با خستگی و کاهش فرایند شناختی.
- عدم تعادل درجه حرارت بدن.
- الگوی تنفسی غیر مؤثر در ارتباط با کاهش تهویه.
- یبوست در ارتباط با کاهش عملکرد دستگاه گوارش.
- کمبود آگاهی درباره رژیم درمانی برای جایگزینی هورمون تیروئید تا پایان عمر.
- اختلال در فرایندهای تفکر در ارتباط با کاهش متابولیسم و تغییر در وضعیت قلبی ـ عروقی و تنفسی.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهدف اصلی بیمار ممکن است شامل تحمل فعالیت متوسط، درجه حرارت طبیعی بدن و الگوی تنفسی مؤثر، پیشگیری از یبوست، درک رژیم درمانی و

فرایندهای تفکری مؤثر باشند.

مداخلات پرستاری

بهبود وضعیت تنفس

- تنفس عمیق و سرفه را تشویق کنید.
- داروها (خوب‌آورها و آرامبخش‌ها) را با احتیاط تجویز کنید.
- راههای هوایی را در صورت ضرورت با ساکشن و حمایت تهویه‌ای باز نگه دارید.

H

افزایش شرکت در فعالیت‌ها

- بیمار را از طریق کمک در مراقبت و رعایت بهداشت حمایت کنید در حالی که او را به شرکت در فعالیت‌ها در حد تحمل جهت پیشگیری از عوارض بی‌حرکتی تشویق می‌نمایید (نقش اصلی پرستار).
- بین فعالیت‌ها زمانی جهت استراحت ترتیب داده شود.
- حین بررسی تشخیص و شروع درمان علایم حیاتی و وضعیت شناختی را به دقت بررسی کرده تا مشخص نمایید: ۱) وخامت در وضعیت جسمی و روانی، ۲) علایم نشان دهنده افزایش سرعت متابولیسم بیش از توانایی سیستم قلبی - عروقی و ریوی جهت پاسخ دادن و ۳) محدودیتهای دائمی و عوارض جانبی میکزدم.

حفظ درجه حرارت بدن در حد طبیعی و فراهم کردن راحتی

- لباس و پتوی اضافی برای لرز و عدم تحمل سرما فراهم کنید.
- از پدهای گرمازا و پتوهای برقی اجتناب کنید؛ بیمار ممکن است به علت پاسخهای تاخیری و کاهش وضعیت ذهنی بسوزد.
- درجه حرارت بدن را بررسی و کاهش از حد پایه را گزارش دهید.
- از تماس با سرما محافظت نمایید.

بازگرداندن عملکرد روده در حد طبیعی

- مصرف مایعات را با توجه به میزان محدودیت مایعات تشویق کنید.
- غذاهای پرفیبر فراهم نمایید.

- به بیمار درباره غذاهای حاوی آب فراوان آموزش دهید.
- عملکرد روده را بررسی کنید.
- افزایش تحرک در محدوده تحمل فعالیت را تشویق کنید.
- بیمار را به مصرف ملین‌ها و انما در صورت لزوم توصیه نمایید.

فراهم کردن حمایت عاطفی

- به بیمار و خانواده در برخورد با واکنشهای عاطفی به تغییرات در ظاهر و تصویر ذهنی از جسم خود کمک کنید.
- بیمار را آگاه کنید که نشانه‌ها با درمان هیپوتیروئیدیسم فروکش می‌کنند.
- کمک و مشاوره جهت مقابله با نگرانی‌ها و واکنش‌های عاطفی فراهم نمایید.

بهبود فرایندهای تفکر

- بیمار را نسبت به زمان، مکان، شخص و تاریخ آگاه کنید.
- از طریق مکالمه و فعالیت‌های بدون تهدید برای بیمار تحریک ایجاد کنید.
- به بیمار و خانواده توضیح دهید که تغییر در عملکرد شناختی و ذهنی نتیجه فرایند بیماری است.
- فرایندهای شناختی و ذهنی و پاسخهای این فرایندها به دارو و سایر درمان‌ها را بررسی کنید.

بررسی و پیش‌گیری از عوارض جانبی

- افزایش شدت علایم و نشانه‌های هیپوتیروئیدیسم را بررسی نمایید.
- در صورت نیاز در حمایت تهویه‌ای کمک کنید.
- داروها (تیروکسین) را با احتیاط تجویز نمایید.
- بیمار را در فواصل معین تغییر وضعیت دهید.
- از مصرف خواب‌آورها،آرام‌بخش‌ها و داروهای بیحسی در میکزدم پرهیز کنید.
- علایم و نشانه‌های ناکافی بودن هورمون تیروکسین را ثبت و گزارش کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- پیش از ترخیص از بیمارستان، مراقبت از سلامتی و پی‌گیری را آموزش دهید.

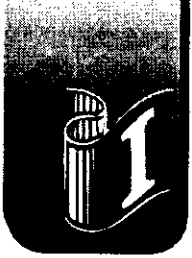
- آموزش تغذیه جهت کاهش وزن بعد از شروع دارو درمانی و بازگرداندن الگوی طبیعی روده فراهم کنید.
- به خانواده درباره اهداف درمان، برنامه دارویی و علایم افزایش یا کاهش مقدار دارو یا عوارض جانبی که باید گزارش شوند، آموزش دهید.

تداوم مراقبت

- بیمار را در تجویز روزانه داروها تشویق و کمک کنید؛ تدوین برنامه و فهرست دارویی را تشویق نمایید.
- تاکید کنید که جایگزین مداوم هورمون تیروئید با بررسی و پیگیری منظم ضروری است.
- در صورت نیاز، ترتیبی دهید تا پرستار مراقبت در منزل، هر هفته بیمار را ملاقات نماید تا وضعیت جسمی و شناختی بیمار و توانایی وی برای سازگاری با تغییرات اخیر را ارزیابی کند.

H

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.



Idiopathic Thrombocytopenia Purpura

پورپورای ترومبوسیتوپنی ایدیوپاتیک

پورپورای ترومبوسیتوپنی ایدیوپاتیک (ITP) در تمام سنین به‌وجود می‌آید اما در کودکان و زنان جوان شایع‌تر است. هرچند علت اصلی ناشناخته است، گاهی اوقات عفونت ویروسی موجب شروع بیماری در کودکان می‌شود. سایر بیماری‌ها (برای مثال لوپوس‌اریتماتوس سیستمیک حاملگی) یا داروها (برای مثال داروهای سولفا) می‌توانند موجب ITP شوند. اتو آنتی‌بادی‌های ضد پلاکت تولید شده و به پلاکت‌ها حمله می‌کنند؛ طول عمر پلاکت به‌طور قابل توجهی کاهش می‌یابد. دو نوع دارد: حاد (اساساً در کودکان دیده می‌شود) و مزمن. بدن برای جبران این تخریب از طریق افزایش تولید پلاکت در مغز استخوان عمل می‌کند.

تظاهرات بالینی

- بسیاری از بیماران هیچ نشانه‌ای ندارند.
- پتشی و کبودی (پورپورای خشک).
- قاعدگی شدید و خون‌ریزی مخاطی (پورپورای مرطوب، احتمال خون‌ریزی داخل جمجمه).
- شمارش پلاکت معمولاً کمتر از $۲۰۰۰۰ mm^۳$.
- فرم حاد خود محدود شونده بوده و دوره‌های فروکش خود به خودی دارد.

بررسی و روش‌های تشخیص

معمولاً تشخیص براساس کاهش شمارش پلاکت و زمان بقا و افزایش زمان خون‌ریزی ورد سایر علل ترومبوسیتوپنی گذاشته می‌شود. روشهای تشخیصی مهم شامل شمارش پلاکت، شمارش کامل سلولهای خونی و آسپیراسیون مغز استخوان می‌باشند که نشانه افزایش مگاکاریوسیت‌ها می‌باشد (پیش ساز پلاکت).

درمان طبی

هدف اصلی درمان شمارش پلاکت در حد طبیعی می‌باشد. اسپلنکتومی برخی اوقات صورت می‌گیرد (ترومبوسیتوپنی ممکن است بعد از ماهها یا سالها بازگردد).

درمان دارویی

داروهای ایمنوساپرسیو همانند کورتیکواستروئیدها درمان انتخابی هستند. دانسیته املاح استخوان بیماران دریافت‌کننده کورتیکواستروئید برای مدت طولانی باید بررسی گردد. این بیماران ممکن است از مکمل کلسیم و ویتامین D یا بی‌فسفونات[1] درمانی جهت پیشگیری از بیماری استخوان سود ببرند.

- گاماگلبولین داخل وریدی (بسیارگران) و وین‌کریستین مؤثر هستند
- رویکرد جدید استفاده از آنتی D برای بیماران با Rh (D) مثبت می‌باشد.
- اپسیلون آمینوکاپروئیک اسید (EACA؛ آمیکار[2]) ممکن است برای بیماران دارای خون‌ریزی زیاد مخاطی و مقاوم به سایر درمانها سودمند باشد.
- از انفوزیون پلاکت جز جهت قطع خون‌ریزی بسیار شدید پرهیز می‌شود.

تدابیر پرستاری

- تاریخچه مصرف دارو، از جمله داروهای بدون نسخه پزشک، گیاهان

1- Biphosphonate

2- Epsilon Amino caproic Acid (EACA, Amicar)

دارویی و مکمل‌های غذایی؛ عفونت ویروسی اخیر؛ یا شکایت از سردرد یا اختلالات بینایی (خون‌ریزی داخل جمجه) را بگیرید. نسبت به داروهای حاوی سولفا و داروهایی که عملکرد پلاکت را تغییر می‌دهند (برای مثال آسپرین یا سایر NSAIDs) هوشیار باشید. بررسی جسمی باید شامل ارزیابی دقیق علایم خون‌ریزی از جمله بررسی عصبی، همراه با اندازه‌گیری علایم حیاتی باشد.

- برای به حداقل رساندن خون‌ریزی، به بیمار درباره پرهیز از تمام داروهایی که در عملکرد پلاکت اختلال ایجاد می‌کنند (برای مثال، کینین[1]، داروی حاوی سولفا،آسپرین، NSAIDsها، آموزش دهید. از تجویز داروها به روش تزریق یا رکتال اجتناب کنید.
- عوارض جانبی شامل پوکی استخوان، آتروفی عضلات فوقانی، ایجاد کاتاراکت و پوسیدگی دندان می‌باشند که باید بررسی شوند.
- به بیمار درباره شناسایی علایم تشدید بیماری (پتشی، اکیموز)؛ چگونگی تماس با کارکنان بهداشتی؛ و اسامی داروهایی که موجب ITP می‌شوند، آموزش دهید.
- اطلاعاتی درباره داروها، دفعات انجام شمارش پلاکتی و داروهایی که منع مصرف دارند ارائه دهید.
- به بیمار در مورد اجتناب از یبوست، مانور والسالوا، و نخ دندان کشیدن آموزش دهید.
- بیمار را به استفاده از ریش تراش برقی و مسواک نرم به جای مسواک با دندانه‌های سفت تشویق کنید.
- بیمار را به عدم انجام مقاربت جنسی شدید در زمانی که شمارش پلاکت کمتر از $۱۰۰۰۰ mm^3$ است توصیه نمایید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

1- Quinine

زرد زخم Impetigo

زرد زخم، عفونت سطحی پوست ناشی از استافیلوکوک، استرپتوکوک یا چندین باکتری می‌باشد. نواحی در معرض دید پوست، صورت، دست‌ها، گردن و اندامها بیشتر گرفتار می‌شوند. زرد زخم مسری است و ممکن است به سایر نواحی پوست یا سایر اعضاء خانواده‌ای که بیمار را لمس می‌کنند یا از حوله یا شانه آلوده به ترشحات ضایعه استفاده می‌کنند، منتشر شود. زرد زخم به ویژه در کودکان ساکن در مناطق با شرایط بهداشتی نامطلوب شایع است. در بزرگسالان مشکلات سلامتی مزمن، بهداشت ضعیف و سوء تغذیه ممکن است فرد را مستعد زرد زخم کنند.

I

تظاهرات بالینی

- ضایعات به صورت ماکول‌های قرمز کوچک شروع شده که به وزیکول‌هایی با دیواره نازک و مجزا تبدیل می‌شوند. این وزیکول‌ها پاره شده و با رسوب زرد عسلی پوشیده می‌شوند.
- با برداشتن رسوبات، سطوح مرطوب، هموار و قرمزی باقی می‌ماند که با لایه جدید پوشانده می‌شود.
- اگر پوست سر مبتلا گردد، موکرک می‌شود و این وجه تمایز با قارچ سر است.
- زرد زخم بولوس[1]، عفونت عمیق پوست ناشی از استافیلوکوک آرئوس، با تشکیل تاول از وزیکولها مشخص می‌شود. تاول پاره شده و زخم قرمز رنگ باقی می‌ماند.

درمان طبی

درمان دارویی

آنتی‌بیوتیک درمانی سیستمیک درمان معمول زرد زخم است. از انتشار بیماری می‌کاهد و از عارضه احتمالی گلومرولونفریت پیشگیری می‌نماید.

- داروهای زرد زخم بدون تاول: پنی‌سیلین بنزاتین یا پنی‌سیلین یا اریترومایسین خوراکی

1- Bullous Impetigo

- داروهای زرد زخم تاول دار: پنی‌سیلیناز مقاوم به پنی‌سیلین[1] یاریترومایسین
- آنتی‌بیوتیک موضعی درمان متداول بیماری است که به یک ناحیه کوچک محدود شود. فرآورده‌های موضعی برای چندین بار در روز برای یک هفته بر روی ضایعات به کار می‌روند. ضایعات با محلول صابون شستشو شده یا خیسانده می‌شوند تا محل اصلی رشد باکتری پاک شود و نیز فرصتی به آنتی‌بیوتیک موضعی داده شود که به محل عفونت برسد.

تدابیر پرستاری

- از محلولهای ضد عفونی (کلرهگزیدین [هیبیکلنز][2]) برای تمیز کردن پوست و کاهش باکتری و پیشگیری از انتشار بیماری استفاده کنید.
- هنگام مراقبت از این بیماران دستکش بپوشید.
- آموزش به بیمار و خانواده درباره استحمام حداقل یکبار در روز با صابون ضدباکتری
- رعایت پاکیزگی و بهداشت خوب را تشویق کنید تا از انتشار ضایعه از یک ناحیه پوست به فرد یا ناحیه دیگر پیشگیری شود.
- به بیمار و خانواده بیاموزید که از حوله حمام و لباس‌های مشترک استفاده‌نکنند و از تماس جسمی بین فرد عفونی و افراد دیگر تازمان بهبودی زخم اجتناب کنند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۶. درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Increased Intracranial Pressuse

افزایش فشار داخل جمجمه

افزایش فشار داخل جمجمه (ICP) نتیجه مقدار بافت مغز، خون و مایع مغزی نخای (CSF) در جمجمه در یک زمان می‌باشد. حجم و فشار این سه جز در یک وضعیت متعادل قرار دارند. به علت اینکه فضای محدود برای اتساع در جمجمه وجود دارد، افزایش هر یک از این سه جزء موجب تغییر در حجم بقیه اجزا توسط جابجایی یا شیفت CSF، افزایش جذب CSF یا کاهش حجم خون مغز می‌شود. ICP طبیعی ۱۰-۲۰mmHg است. اگرچه ICP بالا به

1- Penicillinase-resistant penicillin 2- Chlorhexidine (Hibiclens)

طور شایع با صدمه سر همراه است، اما گاهی فشار بالا در اثر تومورهای مغز، خون‌ریزی تحت عنکبوتیه و آنسفالوپاتی سمی و ویروسی به وجود می‌آید. افزایش ICP به هر علت پرفیوژن مغزی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب تغییر شکل و شیفت بافت مغز می‌گردد.

تظاهرات بالینی

زمانی که ICP تا حدی افزایش می‌یابد که توانایی مغز برای سازگاری محدود می‌شود، عملکرد عصبی دچار اختلال می‌گردد افزایش ICP با تغییرات در سطح هوشیاری و تنفس غیرطبیعی و پاسخهای وازوموتور مشخص می‌شود.

- سطح پاسخگویی و هوشیاری مهمترین شاخص شرایط بیمار است.
- لتارژی اولین علامت افزایش ICP است. تکلم کند و تأخیر در پاسخ به دستورات کلامی از علایم اولیه هستند.
- تغییر ناگهانی در شرایط، همچون بی قراری (بدون علت واضح)، گیجی یا افزایش خواب آلودگی نشانه اختلال عصبی است.
- کاهش فشار پرفیوژن مغز (CPP) می‌تواند موجب پاسخ کوشینگ و تریاد کوشینگ (تاکی کاردی، برادی‌پنه و هیپرتانسیون) شود؛ پهن شدن فشار نبض علامت تهدیدآمیزی است.
- با افزایش فشار، بیمار دچار استوپور[1] شده و ممکن است فقط به صدای بلند یا محرک دردناک واکنش نشان دهد. این وضعیت اختلال جدی گردش خون مغز رانشان می‌دهد و مداخله فوری جراحی ممکن است ضرورت یابد. با پیشرفت بیماری، کوما و پاسخ‌های حرکتی غیرطبیعی به صورت دکورتیکه[2]، دسربره[3] یا فلاسید[4] ممکن است روی دهند.
- زمانی که وضعیت کوما عمیق می‌شود، مردمکها گشاد و ثابت شده، تنفس مختل می‌شود و مرگ معمولاً حتمی است.

بررسی و روش‌های تشخیص

- آنژیوگرافی مغزی توموگرافی کامپیوتری (CT)، تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)، توموگرافی منتشر پوزیترون (PED)، بررسیهای داپلر

1- Stuporous
2- Decortication
3- Decerebration
4- Flaccidity

از راه جمجمه یا بررسی الکتروفیزیولوژیک ممکن است انجام شوند. او لومبار پانکچر جهت پیشگیری از فتق مغزی اجتناب می‌شود.

- بررسی ICP اطلاعات سودمندی ارائه می‌دهد ونتریکولوستومی[1]، پیچ تحت عنکبوتیه[2]، بررسی اپیدورال، بررسی فیبراپتیک).

درمان طبی

افزایش ICP اورژانس واقعی است و باید فوراً تحت درمان قرار گیرد. درمان فوری شامل کاهش ادم مغز، کاهش حجم CSF و کاهش حجم خون و در عین حال حفظ پرفیوژن مغزی می‌باشد.

درمان دارویی

- دیورتیک‌های اسموتیک و کورتیکواستروئیدها تجویز می‌شوند، مایعات محدود شده، CSF تخلیه می‌شود، بیمار هیپرونتیله می‌شود، تب کنترل می‌گردد (با استفاده از ضد تب‌ها، پتوی هیپوترمی، با کلروپرومازین [توارزین] جهت کنترل لرز) و تقاضای متابولیکی سلول کاهش می‌یابد (با باربیتورات‌ها، داروهای فلج‌کننده).
- اگر بیمار به درمان مرسوم پاسخ ندهد، تقاضای متابولیکی سلول ممکن است توسط تجویز مقادیر زیادی باربیتورات‌ها یا داروهای فلج‌کننده همچون پانکرونیوم[3] (پاوولن)[4] کاهش یابد.
- بیمار به مراقبت در بخش ویژه نیاز دارد.

فرآیند پرستاری: بیمار بی‌هوش

بررسی

- از بیمار تاریخچه اطلاعات ذهنی، از جمله وقایع ایجادکننده بیماری کنونی را بگیرید.
- زمانی که شرایط بیمار اجازه می‌دهد معاینه کامل عصبی انجام دهید.

1- Ventriculostomy
2- Subarachnoid boh/screw
3- Pancuronium
4- Pavulon

- از مقیاس اغمای گلاسگو[1] جهت بررسی پاسخ کلامی، پاسخ حرکتی و رفتارهای باز کردن چشم استفاده کنید.
- به تغییراتی همچون بی‌قراری، سردرد، تنفس مشکل، اختلال ذهنی و حرکات بی‌هدف توجه کنید که ممکن است نشانه افزایش قریب‌الوقوع ICP باشند.
- سردرد را بررسی نمایید (معمولاً مداوم با شدت فزاینده و با حرکت یا فشار تشدید می‌گردد).
- به استفراغ عودکننده یا جهشی توجه نمایید، استفراغ جهشی نشانه افزایش فشار است.
- ICP را به‌دقت به‌عنوان قسمتی از درمان بررسی کنید.
- مردمک‌ها را از نظر تغییر مشاهده کنید: اندازه، شکل، واکنش به نور و خیرگی (کنژوگه [دید دو چشمی] یا غیر کنژوگه) را بررسی کنید. توانایی چشم‌ها برای حرکت به داخل و خارج را بررسی نمایید. شبکیه و عصب بینایی را از نظر خون‌ریزی و ادم پاپی مشاهده کنید.

هشدار پرستاری: تغییرات در علایم حیاتی ممکن است علامت تأخیری افزایش ICP باشند. با افزایش ICP تعداد نبض و تنفس کاهش یافته و درجه حرارت و فشارخون افزایش می‌یابند.

به پهن شدن فشار نبض برادی‌کاردی و تنفس نامنظم توجه کنید. تنفس شین‌استوک[2] و آتاکسیک[3] (ازیاد کوشینگ). پهن شدن فشار نبض علامت جدی بوده و نشانه وخامت بیماری است. اگر گردش خون در اثر فشار مغز کاهش یابد، اقدام فوری جراحی ضرورت می‌یابد.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- پاک شدن غیر مؤثر راههای هوایی در ارتباط با تجمع ترشحات ثانویه به کاهش سطح پاسخگویی
- پرفیوژن غیرمؤثر بافت مغز در ارتباط با اثرات افزایش ICP

1- Glosgow coma scale
2- Cheyne-Stokes
3- Ataxic

- الگوهای تنفسی غیر مؤثر در ارتباط با اختلال در عملکرد عصبی (فشردگی ساقه مغز، جا به جایی ساختاری)
- احتمال کمبود حجم مایع در ارتباط با روشهای دهیدراتاسیون
- احتمال عفونت در ارتباط با سیستم مانیتورینگ ICP (فیبراپتیک یا کاتتر داخل بطنی)

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- فتق ساقه مغز.
- دیابت بی‌مزه.
- سندرم ترشح نابجای هورمون ضدادراری (SIADH).

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی بیمار ممکن است شامل پرفیوژن کافی بافت مغز از طریق کاهش ICP، تنفس طبیعی، بازکردن راه هوایی، حفظ تعادل مایع، دفع طبیعی روده و ادرار، فقدان عفونت و فقدان عوارض جانبی باشند.

مداخلات پرستاری

حفظ راه هوایی باز

- راه هوایی بیمار را باز نگه دارید به او قبل و بعد از ساکشن اکسیژن بدهید.
- ریه را هر ۸ ساعت از نظر صداهای اضافی سمع نمایید.
- سر تخت را جهت کمک به پاک شدن ترشحات و بهبود تخلیه وریدی مغز بالا ببرید.
- سرفه و زور زدن را منع نمایید.

دستیابی به الگوی تنفسی طبیعی

- به‌طور مداوم اختلالات و بی‌نظمی تنفسی را بررسی کنید.
- با درمان‌گر تنفس در بررسی فشار دی‌اکسیدکربن خون ($PaCO_2$) همکاری کنید، هنگام به کارگیری درمان هیپرونتیلاسیون $PaCO_2$ بین ۳۰mmHg و ۳۵ حفظ می‌شود.
- بررسی مداوم سیستم عصبی را با ارزیابی‌های مکرر گزارش کنید.

حفظ و بهبود پرفیوژن بافت مغز

- برادی‌کاردی، برادی‌پنه و افزایش فشارخون (رفلکس یا پاسخ کوشینگ) را بررسی نمایید.
- از افزایش فشار ورید ژیگولار و ICP از طریق حفظ سر بیمار در وضعیت خنثی (خط وسط) و حفظ بالابودن جزیی سر جهت کمک به تخلیه وریدی اجتناب کنید.
- از چرخش و خم شدن سر پرهیز کنید، زیرا فشار بر وریدهای ژیگولار، ICP را می‌افزاید.
- از خم شدن زیاد مفصل ران اجتناب نمایید: این وضعیت موجب افزایش فشار داخل شکم و داخل قفسه سینه شده که باعث افزایش ICP می‌شود.
- به بیمار بیاموزید که هنگام حرکت یا چرخش در تخت جهت اجتناب از مانور والسالوا بازدم کند.
- در صورتی که بیمار می‌تواند بخورد از نرم‌کننده‌های مدفوع و رژیم پرفیبر استفاده شود؛ به اتساع شکم توجه نمایید.
- از انقباض ایزومتریک عضله پرهیز کنید.
- از انجام ساکشن بیش از ۱۵ ثانیه خودداری نمایید؛ با کمک ونتیلاتور پیش از ساکشن، بیمار را با اکسیژن ۱۰۰٪ هیپرونتیله نمایید.
- محیط آرام فراهم‌کرده و محرکهای محیطی را کاهش دهید؛ از تنش عاطفی پرهیز کنید.
- از انجام انما پرهیز کنید.
- اقدامات را جهت پیشگیری از افزایش موقت ICP تعدیل کنید. حین مراقبت پرستاری، ICP نباید بیش از ۲۵mmHg افزایش یابد و باید در مدت ۵ دقیقه به حد پایه باز گردد.

حفظ تعادل منفی مایعات

- توگور پوست، غشاهای مخاطی و اسمولالیتی سرم و ادرار را از نظر علایم دهیدراتاسیون ارزیابی نمایید.
- علایم حیاتی را برای بررسی وضعیت حجم مایع کنترل کنید.
- برای خشکی دهان، بهداشت دهان ارائه دهید.

- جهت بررسی وضعیت کلیه و مایعات از سوند ادراری استفاده کنید.
- در مرحله حاد هر یک ساعت برون‌ده ادرار را بررسی نمایید.
- مایعات داخل وریدی را توسط پمپ با سرعت کم تا متوسط تجویز کنید؛ بیماران دریافت‌کننده مانیتول را از نظر نارسایی احتقانی بررسی کنید.
- طبق دستور داروهای دهیدراته‌کننده و کورتیکواستروئیدها را تجویز نمایید.
- اگر بیمار مقادیر زیادی کورتیکواستروئید مصرف می‌کند، مدفوع را از نظر خون بررسی کنید (خون‌ریزی گوارشی عارضه این دارو است).

پیشگیری از عفونت

- از پروتکلهای مؤسسهٔ خود برای مراقبت از سیستم‌های مانیتورینگ ICP تبعیت نمایید.
- پانسمان روی کاتترهای بطنی را خشک نگهدارید، زیرا پانسمان مرطوب موجب رشد باکتریها می‌شود.
- در زمان مراقبت از سیستم تخلیه بطنی و تعویض کیسه ترشحات از روش استریل استفاده کنید.
- به دقت شل‌شدن رابطها را بررسی کنید زیرا شلی رابطها موجب نشت CSF و آلودگی سیستم تخلیه و آلودگی CSF و نیز اندازه‌گیری نادرست ICP می‌شود.
- علایم و نشانه‌های مننژیت را بررسی کنید: تب، لرز، سفتی گردن و سردرد شدید یا مداوم.

بررسی و درمان عوارض جانبی احتمالی

- افزایش ICP: به دقت ICP را از نظر افزایش مداوم یا افزایش بیش از حد پایه کنترل کنید؛ درزمان افزایش ICP، علایم حیاتی را بررسی نمایید. علایم افزایش ICP را ارزیابی کرده و فوراً گزارش دهید.
- فتق مغزی: افزایش فشارخون، کاهش نبض و تغییر در پاسخ مردمک را بررسی کنید.
- بیمارانی که داروهای فلج‌کننده دریافت نمی‌کنند ممکن است از وضعیت دسر بره به دکورتی‌که و فلاسید یا ظاهر rag-doll تغییر کنند؛ این تغییر نیازمند اقدام سریع با استفاده از مانیتول یا تخلیه CSF می‌باشد. به دقت

برون ده ادراری را بررسی کنید.
- دیابت بی‌مزه نیازمند جایگزینی آب و الکترولیت و تجویز وازوپرسین می‌باشد؛ الکترولیتهای سرم را جهت جایگزینی بررسی کنید.
- SIADH نیازمند محدودیت مایع و بررسی الکترولیت سرم است.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- عاری از ترشحات زیاد راه هوایی می‌باشد؛ راه هوایی باز است
- به تنفس طبیعی دست یافته است
- بهبود پرفیوژن بافت مغز را نشان می‌دهد
- به تعادل مایع دست یافته است
- علایم عفونت وجود ندارد
- عاری از عوارض جانبی می‌باشد

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۱، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

آنفولانزا Influenza

آنفولانزا بیماری حاد ویروسی است که هر ۲ تا ۳ سال با شدت‌های مختلف موجب اپیدمی جهانی می‌شود. ویروس به راحتی از طریق ذرات تنفسی از فردی به فرد دیگر منتشر می‌شود. ابتلا به آنفولانزا، فرد را در مقابل تماس مجدد در آینده محافظت نمی‌کند. احتمال مرگ و میر به علت آنفولانزا و عارضه پنومونی (پنومونی ویروس یا باکتریایی) و سایر بیماری‌های مزمن قلبی ریوی وجود دارد. انتقال بیماری بیشتر در ۳ روز اول صورت می‌گیرد.

درمان

اهداف درمان و مراقبت پرستاری شامل تسکین علایم، درمان عوارض و پیشگیری از انتقال می‌باشند. جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری و درمان طبی فارنژیت و پنومونی توجه کنید

پیشگیری

واکسیناسیون سالانه آنفولانزا برای افراد در معرض خطر آنفولانزا توصیه می‌شود. این برنامه شامل افراد بالای ۵۰ سال؛ ساکنان مراکز مراقبتی؛ افراد مبتلا به بیماری‌های ریوی یا قلبی - عروقی مزمن، دیابت، سرکوب ایمنی با اختلال در عملکرد کلیه؛ کودکان ۶ تا ۲۳ ماه؛ کودکان نیازمند درمان طولانی مدت با آسپرین، که آنها را در خطر سندرم ری[1] قرار می‌دهد؛ و کارکنان مراقبت بهداشتی می‌شود.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

1- Reye's. Syndrome



سارکوم کاپوزی Kaposi's Sarcoma

سارکوم‌کاپوزی (KS) شایع‌ترین سرطان مرتبط با ویروس نقص ایمنی اکتسابی انسان (HIV) می‌باشد و لایه آندوتلیال عروق‌خونی و لنفاوی را مبتلا می‌سازد. KS به سه نوع طبقه‌بندی می‌شود: KS کلاسیک، KS آفریقایی (آندمیک) و KS همراه با سرکوب سیستم‌ایمنی (اکتسابی).

KS کلاسیک بیشتر در مردان ۴۰ و ۷۰ سال از نژاد اروپایی روی می‌دهد. این نوع KS مزمن، نسبتاً خوش‌خیم و به ندرت کشنده است. نوع آندمیک، غالباً در مردان جوان و کودکان آفریقایی در خط استوایی یافت می‌شود، و ممکن است ارتشاح یابد و به انواع لنفادنوپاتی پیشرفت نماید. KS همراه با درمان سرکوب سیستم ایمنی زمانی روی می‌دهد که بیماران با داروهای تضعیف‌کننده سیستم ایمنی درمان می‌شوند. با سرکوب بیشتر سیستم ایمنی، میزان بروز KS افزایش می‌یابد. اگرچه ویژگیهای آسیب‌شناسی تمام انواع KS مشابه هستند، تظاهرات بالینی آنها با KS مرتبط با ایدز متفاوت می‌باشند، KS مرتبط با ایدز متفاوت‌تر و با دوره تهاجمی‌تر همراه است و از ضایعات پوستی موضعی تا بیماری منتشر با درگیری سیستم‌های متعدد متفاوت است. درگیری ارگان‌های داخلی موجب نارسایی، عفونت، خون‌ریزی و مرگ ارگان می‌شود.

تظاهرات بالینی

- ضایعات پوستی می‌توانند در هر قسمت بدن به وجود آیند و از صورتی متمایل به قهوه‌ای تا ارغوانی تیره وجود دارند. بویژه ضایعات در اندامهای

تحتانی دیده می‌شوند.

- KS مرتبط با ایدز ممکن است صاف یا برجسته و احاطه شده با اکیموز و ادم باشند؛ به سرعت رشد کرده و موجب نقص وسیع می‌شوند.
- ضایعات KS مرتبط با ایدز ممکن است صاف یا برجسته و احاطه شده توسط اکیموز و ادام باشند؛ آن‌ها بسرعت پیشرفت می‌کنند و سبب بدشکلی زیاد می‌شوند.
- محل و اندازه ضایعات می‌توانند موجب استاز وریدی، ادم لنفاوی و درد شوند محلهای شایع درگیری احشایی شامل غدد لنفاوی، دستگاه گوارش و ریه‌ها می‌باشند.
- KS همراه با درمان سرکوب سیستم ایمنی در بیماران دریافت‌کننده پیوند با ضایعات پوستی موضعی و بیماری منتشر احشایی و مخاطی پوستی مشخص می‌شود.

بررسی و یافته‌های تشخیصی

- تشخیص توسط بیوپسی ضایعات مشکوک تأیید می‌شود.
- پیش آگهی به وسعت تومور، به‌وجود نشانه‌های ساختاری و شمارش CD4+ بستگی دارد.
- مرگ با پیشرفت تومور روی می‌دهد، اما KS نسبت به سایر عوارض HIV یا ایدز شایع‌تر است.

درمان طبی

هدف درمان کاهش نشانه‌ها از طریق کاهش اندازه ضایعات پوستی، کاهش ناراحتی مرتبط با ادم و زخم‌ها و کنترل نشانه‌های مرتبط با درگیری مخاطی یا احشایی می‌باشد. درمان موضعی شامل برش جراحی ضایعات با استفاده از نیتروژن مایع برای ضایعات و تزریق وین‌بلاستین رقیق به داخل ضایعات دهان می‌باشند. پرتو درمانی به‌عنوان روش تسکین جهت کاهش درد موضعی KS در دهان، ملتحمه صورت، کف و پاها سودمند و مؤثر است.

درمان دارویی

- رژیم شیمی درمانی با ABV (دوکسوروبیسین (آدریامایسین)[1] بلئومایسین[2] و وین‌کریستین[3] مؤثر می‌باشد؛ اگرچه، برخی بیماران سرکوب شدید مغز استخوان دارند.
- بیماران مبتلا به KS پوستی درمان شده با آلفا اینتروفرون عود تومور را تجربه می‌کنند.
- درمان درد ممکن است شامل داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی (NSAIDs) و مخدرها باشند.

تدابیر پرستاری

- مراقبت کامل و دقیق از پوست به عمل آورید، شامل تغییر وضعیت منظم، شستشو و استفاده از پمادهای دارویی و پانسمانها.
- داروهای مسکن در فواصل منظم و سر ساعت تجویز کنید.
- به بیمار تن آرامی و تصویر سازی ذهنی را بیاموزید این روش‌ها ممکن است جهت کاهش درد و اضطراب سودمند باشند.
- به بیمار در مورد خود تجویزی آلفا اینتروفرون در منزل آموزش دهید یا ترتیبی اتخاذ کنید تا بیمار این دارو را در مراکز سرپایی دریافت نماید.
- بیمار را در سازگاری با بدشکلی حاصل از ضایعات پوستی حمایت کنید؛ تأکید کنید که ضایعات موقتی هستند (بعد از این که درمانی ایمنی قطع شود).
- مراقبت حمایتی و درمان طبق دستور ارائه دهید تا درد و ادم به حداقل برسند، عوارض جانبی مشخص شده و بهبودی حاصل شود.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

1- Doxorubicin [Adriamycin] 2- Bleomycin

3- Vincristine



لوسمی (سرطان خون) Leukemia

ویژگی شایع لوسمی تکثیر یا تجمع غیرطبیعی و نامنظم سلول‌های سفید خون (WBCs) در مغز استخوان و جایگزینی عناصر طبیعی مغز استخوان می‌باشد. همچنین تکثیر در کبد و طحال و تهاجم به ارگان‌های غیر خونی (همچون مننژ، غددلنفاوی، لثه و پوست) وجود دارد. لوسمی اغلب به انواع لنفوسیتی یا میلوسیتی و براساس ابتلای سلول‌های بنیادی طبقه‌بندی می‌شود. همچنین لوسمی به انواع حاد (شروع ناگهانی) یا مزمن (بروز در مدت چند ماه یا سال) تقسیم‌بندی می‌گردد. علت آن ناشناخته است. شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند ژنتیک و پاتوژن‌های ویروس ممکن است در ایجاد لوسمی نقش داشته باشند. صدمه مغز استخوان ناشی از تماس با پرتو یا مواد شیمیایی و داروهای آلکیله کننده می‌تواند موجب لوسمی شود.

تظاهرات بالینی

علایم و نشانه‌های اصلی شامل ضعف، خستگی، تمایل به خون‌ریزی، پتشی و اکیموز، درد، سردرد، استفراغ، تب و عفونت است.

بررسی و روش‌های تشخیص

بررسی‌های خون و مغز استخوان، تکثیر WBC (لکوسیت‌ها) در مغز استخوان را تأیید می‌کنند.

ملاحظات سالمندی

سالمندی با کاهش تدریجی فرایند فیزیولوژیک (کاهش عملکرد ایمنی) در

نتیجه افزایش استعداد ابتلا به عفونت همراه است بیماران سالمند اغلب به‌علت کمبود دانش، منابع مالی یا سیستم‌های حمایتی نشانه‌ها را با تأخیر گزارش می‌نمایند عوارض لوسمی می‌توانند برای بیمار سالمند ضعیف سخت باشند. مراقبت پرستاری جامع در کمک به بیمار سالمند برای تحمل عوارض‌جانبی و درمان بیماری و سازگاری با جنبه‌های روانی و مالی بیماری حیاتی و ضروری است.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به لوسمی

بررسی

- طیفی از علایم و نشانه‌های گزارش شده توسط بیمار در تاریخچه پرستاری و معاینه جسمی را تعیین نمایید.
- نتایج بررسیهای خون را بررسی و تغییرات WBC هماتوکریت، پلاکت، الکترولیت، شمارش کامل نوتروفیل (ANC)، بررسی‌های عملکرد کبد و یافته‌های کراتینین و نتایج کشت را گزارش دهید.

L

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- اختلال در تبادل گاز
- احتمال عفونت و خون‌ریزی
- اختلال در غشاء مخاطی ناشی از تغییرات در لایه اپیتلیال دستگاه‌گوارش در اثر شیمی درمانی یا داروهای ضدمیکروبی
- درد و ناراحتی در ارتباط با مکوزیت، انفیلتراسیون لکوسیت بافت‌های سیستمیک، تب و عفونت
- عدم تعادل تغذیه کمتر از نیاز بدن در ارتباط با وضعیت هیپرمتابولیک، بی‌اشتهایی، مکوزیت، درد و تهوع
- اسهال ناشی از تغییر فلور طبیعی دستگاه‌گوارش، برهنگی مخاطی
- عدم تعادل مایع ناشی از احتمال خون‌ریزی و اختلال در عملکرد کلیه
- احتمال افزایش حجم مایع در ارتباط با اختلال در عملکرد کلیه، هیپوپروتئینمی، نیاز برای داروهای IV متعدد و فرآورده‌های خونی
- هیپرترمی در ارتباط با لیزتومور و عفونت

- خستگی و عدم تحمل فعالیت در ارتباط با کم‌خونی و عفونت
- اختلال در تمامیت پوست و آلوپسی در ارتباط با اثرات سمی شیمی درمانی
- سوگواری در ارتباط با پیش‌بینی فقدان و تغییر در عملکرد نقش
- اختلال در تصویر ذهنی از جسم خود در ارتباط با تغییر در ظاهر، عملکرد و نقش‌ها
- اختلال در مراقبت از خود در ارتباط با خستگی و ضعف
- احتمال دیسترس روحی روانی
- کمبود آگاهی از فرایند بیماری، درمان، کنترل عوارض و روش‌های مراقبت از خود
- اضطراب ناشی از آینده نامعین

مشکلات همراه/ عوارض احتمالی

- عفونت
- خون‌ریزی
- اختلال در عملکرد کلیه
- سندرم لیزتومور
- نقصان تغذیه‌ای
- التهاب مخاط

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی بیمار ممکن است شامل مراقبت از خود، تحمل فعالیت، دستیابی یا حفظ راحتی، دستیابی یا حفظ تغذیه کافی، ایجاد تصویر ذهنی مثبت از جسم خویش، درک فرایند بیماری و درمان آن، توانایی سازگاری با تشخیص و پیش آگهی و فقدان عوارض جانبی باشند.

مداخلات پرستاری

پیش‌گیری یا درمان خون‌ریزی

- ترومبوسیتوپنی، گرانولوسیتوپنی و آنمی را ارزیابی کنید.
- هرگونه افزایش در پتشی، ملنا، هماچوری یا خون‌ریزی بینی راگزارش دهید.
- از صدمه و تزریقات پرهیز نمایید؛ هنگام تجویز وریدی مسکن‌ها از سر سوزن با شماره کوچک استفاده کنید و بعد از تزریق جهت جلوگیری از

خون‌ریزی بر روی محل فشار وارد کنید.
- از استامینوفن به‌جای آسپرین جهت تسکین درد استفاده نمایید.
- جهت پیش‌گیری از قاعدگی، هورمون درمانی را تجویز کنید.
- خون‌ریزی را با استراحت در تخت و تزریق سلول‌های قرمز خون و پلاکت‌ها کنترل نمایید.

پیش‌گیری از عفونت
- عفونت علت اصلی مرگ در بیماران مبتلا به لوسمی است.
- افزایش درجه حرارت، ظاهر گرگرفته، لرز، تاکی کاردی و وجود بثورات سفید رنگ در دهان را بررسی کنید.
- قرمزی، ادم، گرما یا درد در چشم‌ها، گوشها، گلو، پوست، مفاصل، شکم و نواحی مقعد و پرینه را مشاهده نمایید.
- سرفه و تغییرات در ظاهر یا رنگ مخاط را ارزیابی نمایید.
- بهداشت دهان را به‌طور مکرر رعایت نمایید.
- جهت شروع انفوزیون دستکش استریل بپوشید.
- مراقبت روزانه از محل IV به عمل آورید؛ علایم عفونت را بررسی کنید.
- از دفع طبیعی اطمینان یابید؛ از دماسنجهای مقعدی، انما و صدمه پرهیز کنید؛ ازتامپون واژن استفاده نمایید.
- از کاتتریزاسیون مگر در صورت ضرورت پرهیز کنید. در صورت ضرورت کاتتریزاسیون به دقت نکات استریل را رعایت کنید.

هشدار پرستاری: نشانه‌های معمول عفونت در بیماران مبتلا به لوسمی تغییر می‌کنند کورتیکواستروئید درمانی ممکن است تب معمولی و پاسخ‌های التهابی به عفونت را مخفی نماید.

مراقبت از موکوسیت[1]
- به دقت مخاط دهان را بررسی کنید؛ ضایعات را مشخص و توصیف کنید.

1-Mucositis

رنگ و رطوبت ضایعات را مورد توجه قرار دهید (ابتدا دندان مصنوعی را خارج کنید).

- به بیمار در رعایت بهداشت دهان با مسواک نرم کمک کنید.
- از سواپ‌های لیمو ـ گلیسیرین و دهان شویه‌های تجارتی پرهیز نمایید (از سالین یا سالین و جوش شیرین استفاده کنید).
- بر اهمیت داروها جهت پیش‌گیری از عفونت تأکید نمایید.
- به بیمار پاک کردن ناحیه اطراف مقعد بعد از هر دفع را آموزش دهید؛ دفعات دفع مدفوع را بررسی کرده و در صورتی که مدفوع شل باشد استفاده از نرم‌کننده‌ها مدفوع را متوقف کنید.

تسکین درد و فراهم‌کردن راحتی

- از درد اضافی در شکم، نواحی غددلنفاوی، استخوان‌ها و مفاصل با دقت در تغییر وضعیت بیمار پیش‌گیری کنید.
- از حرکات ناگهانی پرهیز نموده و راحتی را با حمایت (همانند بالش) فراهم کنید؛ ماساژ پشت شانه ممکن است موجب راحتی شود.
- از استامینوفن بجای آسپرین به عنوان مسکن استفاده کنید.
- جهت کاهش تب از پاشویه با آب خنک استفاده نمایید؛ از آب سرد یا کمپرس یخ پرهیز کنید.
- بهداشت دهان (برای استوماتیت) ارائه داده و بیمار را در استفاده از مسکن‌های تحت کنترل بیمار برای تسکین درد یاری کنید.
- از رویکردهای ابتکاری جهت فراهم نمودن خواب بدون وقفه استفاده نمایید.
- به بیماران دارای درد پایدار بطور فعال گوش کنید.

دستیابی و حفظ تغذیه کافی

- تغذیه کافی را با زمان‌بندی دقیق تجویز داروی شیمی درمانی و استفاده پروفیلاکتیک از ضدتهوع‌ها تشویق کنید.
- بهداشت مکرر دهان (قبل و بعد از غذا) جهت پیش‌گیری از ضایعات و افزایش اشتها را ارائه دهید؛ هنگام استفاده از بی‌حس‌کننده‌های دهانی،

بیمار را به پیش‌گیری از صدمه به خود و جویدن با دقت آگاه کنید.
- تغذیه را با غذاهای نرم و غیر محرک و مایعات در دفعات زیاد و حجم کم و حاوی پروتئین و ویتامین فراوان حفظ کنید.
- مقدار کالری و وضعیت تغذیه‌ای را بررسی کنید؛ روزانه وزن بدن را اندازه‌گیری کنید.
- مصرف غذا با آلودگی میکروبی کم را تشویق کنید. طبق دستور تغذیه وریدی را تجویز نمایید.

حفظ تعادل مایع و الکترولیت
- به‌طور دقیق جذب و دفع را اندازه‌گیری کنید؛ بیمار را روزانه وزن کنید.
- علایم افزایش یا کاهش حجم مایع را ارزیابی نمایید.
- نتایج آزمایشگاهی (الکترولیت‌ها، نیتروژن اورهٔ خون [BUN]، کراتینین) را بررسی کنید، و در صورت نیاز طبق دستور، خون، مایعات و الکترولیتها را جایگزین نمایید.

کاهش خستگی و عدم تحمل فعالیت
- در انتخاب اولویتهای فعالیت کمک کنید، بیمار را در حفظ تعادل بین فعالیت و استراحت یاری کنید؛ استفاده از دوچرخه ثابت و دراز نشت را توصیه نمایید.
- بیمار را در استفاده از ماسک فیلتر هوا با توانایی زیاد (HEPA)[1] هنگام خروج از اتاق کمک کنید.
- تنگی نفس، تاکی کاردی و سایر علایم اکسیژن رسانی ناکافی به ارگان‌های حیاتی را بررسی نمایید.
- در صورت ضرورت، درمان فیزیکی را ترتیب دهید.

بهبود مراقبت از خود
- بیمار را به انجام فعالیت‌های خود تا حد ممکن تشویق کنید.

1- High-efficiency Particulate air (HEPA) Filter mask

- با همدلی به بیمار گوش دهید.
- به بیمار در سرگیری مراقبت از خود در مدت پس از درمان کمک کنید.

کنترل اضطراب و سوگواری

- حمایت عاطفی ارائه کنید و اثر آینده نامعین را توضیح دهید.
- درک بیمار از بیماری، درمان و عوارض بالقوه را بررسی کنید.
- به بیمار در شناسایی منبع سوگواری کمک کنید و بیمار را به سازگاری با تغییرات ناشی از بیماری در زندگی تشویق نمایید.
- برقراری ارتباط با پرستاران را ترتیب دهید تا به بیمار اطمینان مجدد داده شود که او تسلیم نشده است.

ایجاد تصویر ذهنی مثبت از جسم خود

- بیمار را برای آلوپسی آماده کنید و به بیمار جهت بیان و رفع احساسات کمک کنید.
- به بیمار در سازگاری با مشکلات تصویر ذهنی از جسم خود با تشویق مشارکت و حمایت خانواده یا سیستم حمایتی کمک کنید.

تشویق و افزایش سلامت روحی

- وضعیت روحی و اقدامات مذهبی بیمار را بررسی کنید و خدمات مناسب ارائه دهید.
- به بیمار در حفظ امید منطقی در مدت بیماری و ناخوشی کمک کنید (در ابتدا برای درمان، در مرحله بعد برای مرگ آرام و باشکوه).

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- اطمینان یابید که بیماران و خانواده آنها درک واضح از بیماری و عوارض جانبی دارند (احتمال عفونت و خون‌ریزی).
- در حالی که بیمار در بیمارستان بستری است به اعضای خانواده دربارهٔ مراقبت در منزل به‌ویژه مراقبت از وسایل دسترسی به عروق را آموزش دهید.

تداوم مراقبت

- ارتباط بین بیمار و پرستاران در مراکز مراقبتی را حفظ کنید.
- آموزش‌های اختصاصی در مورد زمان و چگونگی جستجوی مراقبت از پزشک را ارائه دهید.

مراقبت در مراحل انتهایی

- زمانی که هیچ پاسخ به درمان وجود ندارد به انتخاب بیمار درباره درمان از جمله روش‌های طولانی کردن زندگی احترام بگذارید. رهنمودهای پیش‌رفته و امکان وصیت‌نامه جهت کنترل بیمار در مرحله انتهایی بیماری فراهم کنید.
- از خانواده حمایت کرده و با خدمات مراقبت در منزل برای کاهش اضطراب درباره مراقبت از بیمار در منزل هماهنگی کنید.
- امکان استراحت برای مراقبین و بیمار در آسایشگاه بیماران علاج‌ناپذیر فراهم کنید.
- به بیمار و خانواده در سازگاری با تغییرات در نقش و مسؤولیت‌ها کمک کنید (سوگواری پیشاپیش).
- برای بیماران اطلاعاتی بر اساس برنامه‌های بیماران علاج‌ناپذیر در بیمارستان ارائه دهید تا در زمانی که مراقبت در منزل غیر ممکن می‌شود. مراقبت تسکین در بیمارستان دریافت کنند.

ارزشیابی

نتایج مورد انتظار از بیمار

- فقدان عفونت را نشان می‌دهد.
- فقدان خون‌ریزی را نشان می‌دهد.
- سلامت غشاهای مخاطی را نشان می‌دهد.
- به سطح مطلوب تغذیه دست یافته است.
- رضایت از میزان کاهش درد و ناراحتی را گزارش می‌کند.
- خستگی کم و افزایش فعالیت را تجربه می‌نماید.
- تعادل مایع و الکترولیت حفظ شده است.

- در مراقبت از خود شرکت می‌کند.
- با اضطراب و سوگواری سازگاری می‌کند.
- فقدان عوارض جانبی را تجربه می‌نماید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Lekemia, Lymphocytic, Acute

لوسمی لنفوسیتی حاد

لوسمی لنفوسیتی حاد (ALL) در اثر تکثیر کنترل‌نشدهٔ سلول‌های نابالغ (لنفوبلاست‌ها) از سلول بنیادی لنفوئید به‌وجود می‌آید. در کودکان شایع‌تر است؛ پسرها بیشتر از دخترها مبتلا می‌شود، و حداکثر در ۴ سالگی روی می‌دهد. بعد از ۱۵ سالگی، ALL شایع نیست. درمان برای لوسمی دوران کودکی پیشرفت‌کرده به‌طوری که ۸۰٪ بیماران حداقل ۵ سال زنده می‌مانند.

L

تظاهرات بالینی

- لنفوسیت‌های نابالغ در مغز استخوان تکثیر یافته و ایجاد سلول‌های میلوئیدی طبیعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- هماتوپوئز طبیعی مهارشده و لکوپنی، آنمی و ترومبوسیتوپنی ایجاد می‌شود.
- درد در اثر بزرگی کبد یا طحال و استخوان به‌وجود می‌آید؛ سردرد و استفراغ ناشی از انفیلتراسیون سلول لوسمی در سایر ارگان‌ها می‌باشند (در ALL شایع‌تر از سایر انواع لوسمی هستند).
- تعداد اریتروسیت و پلاکت کم هستند.
- تعداد لکوسیت‌ها ممکن است کم یا زیاد باشند ولی همیشه شامل سلول‌های نابالغ هستند.

درمان طبی

نوع اصلی درمان، شیمی‌درمانی با آلکالوئیدهای وینکا[1] و گلوکوکورتیکوئیدها می‌باشد.

1- Vinca Alkaloids

- ترکیب وین‌کریستین،[1] پردنیزون[2]، دائونوروبیسین[3]، و آسپاراژنیاز[4] جهت درمان اولیه استفاده می‌شوند.
- ترکیب داروها برای حفاظت استفاده می‌شوند (مقادیر نگهدارنده داروها برای ۳ سال).
- پرتودرمانی ناحیه مغزی ـ نخاعی و تزریق داخل نخاعی[5] داروهای شیمی درمانی به پیش‌گیری از گرفتاری سیستم عصبی مرکزی کمک می‌کنند.

تدابیر پرستاری

جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری لوسمی مراجعه کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

L

Leukemia , Lymphocytic, chronic

لوسمی لنفوسیتی مزمن

لوسمی لنفوسیتی مزمن (CLL) سرطان شایع سالمندی است (دو سوم بیماران بالای ۶۰ سال سن دارند). CLL ناشی از بدخیمی لنفوسیت‌های B می‌باشد. این سلول‌ها از آپوپتوزیس[6] (برنامه مرگ سلولی) فرار کرده و بیش از حد تجمع می‌یابند. سلول‌های لوسمی بالغ‌تر بیش از سلول‌های نابالغ وجود دارند، بنابراین نسبت به نوع حاد اختلال خفیفی است). بیماری به سه یا چهار مرحله تقسیم می‌شود. در مرحله اول، افزایش تعداد لنفوسیت دیده می‌شود و بیش از ۱۰۰/۰۰۰ می‌تواند باشد. بیماری معمولاً از طریق معاینه جسمی یا درمان سایر بیماریها تشخیص داده می‌شود.

تظاهرات بالینی

- بسیاری از افراد بدون نشانه هستند.

1- Vincristine
2- Prednisone
3- Daunorubicin
4- Asparaginase
5- Intrathecal
6- Apoptosis

- بیماران مبتلا به CLL می‌توانند نشانه‌های B را داشته باشند: تب، تعریق (به ویژه در شب) و کاهش بدون دلیل وزن. عفونت شایع است.
- آنرژی[1] (کاهش یا فقدان واکنش به تست‌های حساسیت پوستی) نشانه نقص در ایمنی سلولی است.
- لنفادنوپاتی (بزرگی غددلنفاوی) که گاهی شدید و دردناک است و اسپلنومگالی ممکن است مشاهده شوند.
- تعداد اریتروسیت‌ها و پلاکت ممکن است طبیعی یا کاهش یافته باشند.
- همواره لنفوسیتوز وجود دارد.
- در مراحل انتهایی، کم خونی و ترومبوسیتوپنی ممکن است به‌وجود آیند.

درمان طبی

- در مراحل اولیه CLL ممکن است نیاز به درمان نداشته باشد. برای نشانه‌های شدید، شیمی درمانی با استروئیدها و کلرامبوسیل (لوکران)[2] درمان انتخابی است. سایر داروها ممکن است شامل سیکلوفسفامید[3] وین کریستین و دکسوروبیسین[4] و همچنین آنتی‌بادی‌های منوکلونال[5] باشند.
- بیمارانی که به درمان متداول پاسخ نمی‌دهند ممکن است با فلودارابین منوفسفات[6] به فروکشن بیماری دست یابد.
- ایمنوگلوبولین داخل وریدی ممکن است، مانع عود عفونت‌های باکتریایی در بیماران شود.

تدابیر پرستاری

جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری لوسمی مراجعه کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

1- Anergy
2- Chlorambucil (Leukeran)
3- Cyclophosphamide
4- Doxorubicin
5- Monoclonal antibodies
6- Fludarabine monophosphate

Leukemias, Myeloid, Acute لوسمی میلوئیدی حاد

لوسمی میلوئیدی حاد (AML) ناشی از نقص در سلول بنیادی هماتوپوئتیک می‌باشد که به تمام سلول‌های میلوئیدی تمایز می‌یابد: منوسیت، گرانولوسیت‌ها (بازوفیل‌ها، نوتروفیل‌ها، ائوزینوفیل‌ها)، اریتروسیت‌ها و پلاکت‌ها. AML می‌تواند به هفت زیر گروه براساس ژنتیک سلولی، بافت‌شناسی و مرفولوژی بلاست‌ها طبقه‌بندی شود. تمام گروههای سنی مبتلا می‌شوند؛ میزان بروز با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد و در ۶۰ سالگی به حداکثر می‌رسد. شایع‌ترین لوسمی غیرلنفوسیتی می‌باشد. مرگ معمولاً ثانویه به عفونت یا خون‌ریزی روی می‌دهد.

تظاهرات بالینی

- بیشتر علایم و نشانه‌های ناشی از تولید ناکافی سلول‌های‌خونی طبیعی هستند: تب و عفونت ناشی از نوتروپنی، ضعف، خستگی ناشی از آنمی هستند، تمایل به خون‌ریزی نتیجه ترومبوسیتوپنی می‌باشند. خون‌ریزی شدید با پلاکت کمتر از $10000/mm^3$ روی می‌دهد. شایع‌ترین محلهای خون‌ریزی، دستگاه‌گوارش، ریه و داخل جمجمه هستند.
- تکثیر سلول‌های لوسمی در ارگان‌ها موجب انواع نشانه‌های دیگر می‌شوند: درد ناشی از بزرگی کبد یا طحال، هیپرپلازی لثه، لنفادنوپاتی، سردرد یا استفراغ ثانویه به لوسمی مننژ، و درد استخوان ناشی از اتساع مغز استخوان.
- AML بدون علایم هشداردهنده شروع می‌شود؛ نشانه‌ها در مدت ۱ تا ۶ هفته یا چند ماه روی می‌دهند.
- خون محیط، کاهش تعداد اریتروسیت و پلاکت را نشان می‌دهد.
- تعداد لکوسیت کم، طبیعی یا زیاد است؛ درصد سلول‌های طبیعی معمولاً کاهش می‌یابند.

بررسی و روش‌های تشخیص

- نمونه مغزاستخوان (افزایش سلول‌های بلاست نابالغ).
- شمارش کامل خون (کاهش تعداد پلاکت و اریتروسیت)

درمان طبی

هدف دستیابی به فروکش کامل بیماری معمولاً با شیمی درمانی می‌باشد که در برخی موارد موجب فروکش بیماری به مدت یکسال یا بیشتر می‌گردد.

شیمی درمانی

- دانوروبیسین (سروبیدین)[1]، سیتارابین (سیتوسار ـ U)[2]
- مرکاپتوپورین (پورینتول)[3]، میتوکسانترون[4] یا ایداروبیسین[5]
- درمان با سفت‌سازی[6](استفاده از شیمی‌درمانی پس از فروکش‌کردن علایم)

مراقبت حمایتی

- تجویز فراورده‌های خونی
- درمان عفونت
- عامل محرک کلونی گرانولوسیت (G-CSF[فیلگراتسیم][7] یا عامل محرک کلونی گرانولوسیت ـ ماکروفاژ GM-CSF [سارگراموستیم][8]

پیوند مغز استخوان

پیوند مغز استخوان زمانی استفاده می‌شود که بتوان به بافت مناسب از خویشاوندان نزدیک دست یافت. روش پیوند به دنبال تخریب مغز استخوان توسط شیمی درمانی صورت می‌گیرد.

تدابیر پرستاری

جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری لوسمی مراجعه کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

1- Cerubidine
2- Cytarabine (Cytosar - U)
3- Mercaptopurine (Parinethol)
4- Mitoxantrone
5- Idarubicin
6-Conslidation
7- Filgrastim
8- Sargramostim

Leukemia, Myelogenous, Chronic

لوسمی میلوژنوس مزمن

لوسمی میلوژنوس مزمن (CML) در اثر موتاسیون در سلول‌های بنیادی میلوئیدی به‌وجود می‌آید. طیف وسیعی از انواع سلول در خون وجود دارند از انواع بلاست تا نوتروفیل‌های بالغ. نسبت به نوع حاد بیشتر سلول‌های طبیعی وجود داشته و اختلال خفیف‌تری است. اختلال ژنتیک سلولی به نام کروموزوم فیلادلفیا در ۹۰٪ تا ۹۵٪ بیماران یافت می‌شود. CML پیش از ۲۰ سالگی شایع نیست، اما میزان بروز با بالارفتن سن افزایش می‌یابد (متوسط سن شروع ۴۰ تا ۵۰ سال است). CML سه مرحله دارد: مزمن، تغییر یا تبدیل و شتاب یا بحران بلاست. مغز استخوان به حفرات استخوان‌های بزرگ گسترش می‌یابد و سلول‌ها در کبد و طحال تشکیل شده و موجب بزرگی و دردناکی آنها می‌شوند. عفونت و خون‌ریزی نادر هستند مگر این که بیماری به مرحله حاد تبدیل شود.

L

تظاهرات بالینی

تصویر بالینی CML مشابه لوسمی میلوئیدی حاد است، اما علایم و نشانه‌ها شدت کمی دارند. بسیاری از بیماران برای سال‌ها بدون نشانه هستند.

- شروع بیماری تدریجی است؛ بیماران ضعف، بی‌اشتهایی و کاهش وزن دارند.
- لکوسیتوز همیشه وجود دارد. بیمار ممکن است تنگی نفس یا گیجی جزیی ناشی از لکوسیتوز داشته باشد.
- اسپلنومگالی با تندرنس و هپاتومگالی شایع هستند.
- در مرحله تبدیل، درد استخوان، تب، کاهش وزن، کم خونی و ترومبوسیتوپنی وجود دارند.

درمان طبی

درمان دارویی

- دارو درمانی انتخابی بوسولفان (میلران)[1] و هیدروکسی‌اوره[2] یا کلرامبوسیل

1- Busulfan (Myleran)

(لوکران) به تنهایی یا با استروئید هستند. داروی شیمی‌درمانی آنتراسایکلین[3] (برای مثال، دانومایسین) ممکن است به کار روند.

- پیوند مغز استخوان میزان بقاء را می‌افزاید و بهتر است در مرحله مزمن بیماری انجام شود.
- سایر داروهای انتخابی اینترفرون آلفا، فلودارابین (فلودارا) و سیتوسین یا داروی شیمی درمانی خوراکی (هیدروکسی اوره یا بوسولفان) در مرحله مزمن بیماری می‌باشند.
- نوع خوراکی مهارکننده تیروزین کیناز، STI-571 (گلیوک یا ایماتینیب مسیلات)[4].
- لکوفرزیس ممکن است ضروری باشد اگر تعداد گلبولهای سفید خون ۳۰۰۰۰۰/mm باشند.
- در مرحله تبدیل، درمان مشابه برنامه شیمی درمانی مورد استفاده در ALL است.
- پیوند مغز استخوان و پیوند سلول ساقه‌ی خون محیطی استراتژی‌های درمان دیگر

تدابیر پرستاری

مراقبت پرستاری مشابه لوسمی لنفوسیتی مزمن است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری لوسمی مراجعه کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

آبسه ریه — Lung Abscess

آبسه ریه ضایعه نکروتیک مزمن پارانشیم ریه حاوی مواد چرکی می‌باشد؛ ضایعه کلاپس شده و یک حفره را تشکیل می‌دهد. بیشتر آبسه‌های ریه به علت آسپیراسیون میکروب‌های بی هوازی بینی ـ حلق یا دهان در ریه روی

2- Hydroxyurea
3- Anthracycline
4- Gleevec or imatinib mesylate

می‌دهند. آبسه‌ها ممکن است ثانویه به انسداد مکانیکی یا عملکردی برونش روی دهند. بیماران در خطر شامل افراد مبتلا به رفلکس‌های مختل سرفه، فقدان بسته شدن گلوتئال یا اختلالات بلع می‌باشند که ممکن است موجب آسپیراسیون مواد خارجی شوند. سایر بیماران در خطر شامل افراد مبتلا به اختلالات سیستم عصبی مرکزی (تشنج، سکته مغزی، تغییر وضعیت ذهنی، اعتیاد به دارو یا الکل) یا بیماری مری و افرادی که با لوله بینی - معدی تغذیه می‌شوند، می‌باشند. محل آبسه ریه به جاذبه زمین بستگی دارد و توسط وضعیت بیمار تعیین می‌شود. برای بیماران در وضعیت خوابیده، سگمان خلفی لوب فوقانی راست شایع‌ترین محل است. ارگانیسم‌هایی که غالباً همراه با آبسه ریه هستند شامل کلبسیلا و استافیلوکوک آرئوس می‌باشند.

تظاهرات بالینی

L

- نشانه‌های بالینی از سرفه خلط‌دار تا ناخوشی حاد متغیر هستند.
- تب و سرفه همراه با مقادیر متوسط تا زیاد خلط بدبو و اغلب خونی روی می‌دهد.
- پلورزی یا درد مبهم قفسه‌سینه، دیس‌پنه، ضعف، بی‌اشتهایی، و کاهش وزن شایع هستند.
- صدای مبهم در دق و کاهش یا فقدان صداهای تنفسی به همراه با فرکش‌راب و کراکل در سمع وجود دارند.

بررسی و روش‌های تشخیص

رادیوگرافی قفسه‌سینه، کشت خلط و برونکوسکوپ انجام می‌شوند. اسکن توموگرافی کامپیوتری از قفسه‌سینه ممکن است نیاز باشد.

درمان طبی

پیش‌گیری

جهت کاهش احتمال آبسه ریه، پیش از روش‌های دندانپزشکی آنتی‌بیوتیک مناسب تجویز کنید و بهداشت دندان و دهان را رعایت کنید. پنومونی را با داروهای ضدمیکروبی مناسب درمان نمایید.

درمان

یافته‌های ناشی از تاریخچه، معاینه جسمی، رادیوگرافی قفسه‌سینه و کشت خلط، نوع ارگانیسم و درمان را نشان می‌دهند.

- سرفه، تخلیه وضعیتی (فیزیوتراپی قفسه‌سینه) و جای‌گذاری کاتتر از راه پوست یا به ندرت برونکوسکوپی برای تخلیه آبسه مورد استفاده قرار می‌گیرند.
- بیمار به مصرف رژیم غذایی پر پروتئین و پرکالری توصیه می‌شود.
- اقدام جراحی نادر است. برداشتن ریه (لبکتومی) زمانی انجام می‌شود که هماپتزی شدید وجود دارد و به درمان طبی پاسخ نمی‌دهد.

دارو درمانی

- درمان ضدمیکروبی داخل وریدی. کلیندامایسین (کلئوسین)[1] داروی انتخابی است. مروپینم[2] یا پیپراسیلین[3]/ تازوباکتام(زوسین)[4] نیز تجویز می‌شود. مقادیر زیادی داروی داخل وریدی مورد نیاز است زیرا آنتی‌بیوتیک باید به بافت نکروز و مایع آبسه نفوذ کند.
- بعد از بهبود علایم (درجه حرارت طبیعی، کاهش تعداد گلبول‌های سفید خون، و بهبود رادیوگرافی قفسه‌سینه [کاهش اندازه حفره])، آنتی‌بیوتیک وریدی به‌صورت خوراکی تجویز می‌شوند. آنتی‌بیوتیک درمانی ممکن است ۶ تا ۱۰ هفته طول بکشد (پنی‌سیلین G یا کلیندامایسین (کلئوسین) داروهای ارجح هستند)

تدابیر پرستاری

- طبق دستور آنتی‌بیوتیک و درمان داخل وریدی را تجویز کنید و وجود عوارض جانبی را بررسی نمایید.
- طبق دستور فیزیوتراپی قفسه‌سینه جهت تخلیه آبسه را آغاز کنید.
- به بیمار در مورد تنفس عمیق و ورزشهای سرفه آموزش دهید.
- رژیم غذایی پر پروتئین و کالری را تشویق کنید.

1- Clindamycin (Cleocin)
2-Meropenem(Merrem)
3-Piperacillin
4- Tazobactam (Zosyn)

- حمایت عاطفی فراهم نمایید؛ آبسه ممکن است بعد از مدتی طولانی رفع شود.
- به بیمار یا مراقب چگونگی تعویض پانسمان جهت پیش‌گیری از زخم شدن پوست و بوی نامطبوع را آموزش دهید.
- تنفس عمیق و سرفه را هر ۲ ساعت در طول روز انجام دهید.
- تخلیه وضعیتی و روش‌های دق کردن را به مراقب بیاموزید.
- برای دستیابی و حفظ وضعیت مطلوب تغذیه مشاوره کنید.
- اهمیت تکمیل برنامه درمانی با آنتی‌بیوتیک، استراحت و میزان فعالیت مناسب جهت پیش‌گیری از عود را تأکید کنید.
- پرستاری در منزل و ملاقات توسط پرستار درمانگر داخل وریدی را جهت تجویز آنتی‌بیوتیک وریدی ترتیب دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

L

Lymphedema and Elephantiasis

ادم‌لنفاوی و الفانتیازیس

ادم‌لنفاوی به انواع اولیه (اختلال مادرزادی) یا ثانویه (انسداد اکتسابی) طبقه‌بندی می‌شود. بافت‌ها در اندام‌ها به‌علت مقدار زیاد لنف متورم می‌شوند که موجب انسداد عروق‌لنفاوی می‌گردند. ادم‌لنفاوی زمانی مشخص می‌شود که اندام در وضعیت وابسته قرار دارد. شایع‌ترین نوع ادم لنفاوی موضعی (ادم‌لنفاوی پراکوکس)[1] است که به‌علت هیپوپلازی سیستم لنفاوی اندام تحتانی به‌وجود می‌آید. معمولاً در زنان مشاهده می‌شود و در ابتدا بین سنین ۱۵ و ۲۵ سال ظاهر می‌گردد. انسداد ممکن است در غدد لنفاوی و عروق لنفاوی روی دهد. ادم‌لنفاوی در بازو و بعد از ماستکتومی رادیکال و در پا همراه با وریدهای واریس یا ترومبوفلبیت مزمن (ناشی از لنفانژیت)[2] مشاهده می‌شود. انسداد لنفاوی ناشی از انگل (فیلاریا[3]) غالباً در استوا دیده می‌شود. زمانی که ادم‌مزمن وجود دارد، ممکن است دوره‌های حاد عفونت (تب بالا و

1- Lymphedema praecox
2- Lymphangitis
3- Filaria

لرز) و افزایش ادم بعد از رفع التهاب به وجود آیند. این مسئله موجب فیبروز مزمن، افزایش ضخامت بافت‌های زیر جلدی و هیپرتروفی پوست می‌شود. بیماری که در آن ادم مزمن اندام تنها با کمی بالاتر قرار دادن عضو کاهش می‌یابد. اصطلاحاً الفانتیازیس نامیده می‌شود.

درمان طبی

- استراحت در تخت با بالا قرار دادن پا جهت کمک به حرکت مایع.
- ورزش فعال و غیر فعال جهت کمک به حرکت مایع لنفاوی به جریان خون.
- وسایل فشارنده خارجی.
- جوراب‌های الاستیک در زمانی که بیمار حرکت می‌کند.

L

درمان دارویی

- دیورتیک درمانی، اساساً با فورزماید (لازیکس) جهت پیش‌گیری از افزایش حجم مایع و سایر دیورتیک‌ها جهت کاهش ادم‌لنفاوی.
- آنتی‌بیوتیک درمانی در صورتی‌که لنفانژیت یا سلولیت وجود دارد.

درمان جراحی

برش بافت مبتلا و نیام همراه با گرافت پوستی یا جابجایی عروق‌لنفاوی اگر ادم شدید بوده و با درمان دارویی کنترل نشود؛ اگر عفونت وجود دارد یا اگر حرکت به شدت مختل شده باشد.

تدابیر پرستاری

- به بیمار درباره مراقبت از خود با مشاهده پوست از نظر علایم عفونت به بالا بودن اندام‌ها و انجام فعالیت‌های فعال و غیرفعال آموزش دهید.
- اگر بیمار تحت عمل جراحی قرار گیرد، مراقبت دقیق بعد از عمل جراحی گرافت و فلاپ‌های پوستی به‌عمل آورید، اندام مبتلا را بالا نگهدارید و به‌طور مداوم عوارض جانبی را بررسی کنید (برای مثال نکروز فلاپ، هماتوم یا آبسه زیر فلاپ، سلولیت).
- به بیمار دریافت‌کننده آنتی‌بیوتیک در مورد مصرف دقیق دارو طبق دستور

پزشک آموزش دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۱، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.



Mastoiditis and Mastoid Surgery

ماستوئیدیت و جراحی ماستوئید

ماستوئیدیت التهاب ماستوئید ناشی از عفونت گوش میانی (اوتیت مدیا) می‌باشد. از زمان کشف آنتی‌بیوتیک، ماستوئیدیت حاد نادر بوده است. اوتیت مزمن ممکن است موجب ماستوئیدیت مزمن شود، ماستوئیدیت مزمن می‌تواند موجب تشکیل کلستئاتوم[1] (رشد پوست لایه خارجی پرده گوش در گوش میانی). گردد اگر ماستوئیدیت درمان نشود، ممکن است استئومیلیت به‌وجود آید.

تظاهرات بالینی

- درد و تندرنس پشت گوش[2].
- ترشح از گوش میانی (اتوره).
- ناحیه ماستوئید قرمز و متورم می‌باشد.
- ارزیابی اتوسکوپیک پرده تمپان، کلستئاتوم را نشان می‌دهد.

درمان طبی

نشانه‌های عمومی معمولاً با موفقیت توسط آنتی‌بیوتیک درمان می‌شوند؛ برخی اوقات، میرنگوتومی[3] ضرورت می‌یابد.

درمان جراحی

اگر تندرنس عودکننده یا دائم، تب، سردرد و ترشح از گوش وجود دارد،

1- Cholesteatoma
2- Postauriculan
3- Myringotomy

ماستوئیدکتومی ممکن است جهت برداشتن کلستاتوم و دستیابی به ساختارهای بیمار ضرورت یابد.

فرآیند پرستاری: بیمار تحت جراحی ماستوئید

بررسی

- در مدت گرفتن تاریخچه سلامتی، اطلاعاتی درباره مشکل گوش، از جمله فقدان شنوایی و سرگیجه، مدت و شدت، علت، درمانهای اولیه، مشکلات سلامتی، داروهای مورد استفاده در حال حاضر، تاریخچه خانوادگی و حساسیت‌های دارویی جمع آوری نمایید.
- حین بررسی جسمی، اریتم، ادم، اتوره، ضایعات و بوی ترشح را بررسی کنید.
- نتایج اودیوگرام را مرور نمایید.

M

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- درد در ارتباط با جراحی ماستوئید.
- احتمال عفونت در ارتباط با ماستوئیدکتومی، محل گرافت، پروتز یا الکترود؛ ترومای جراحی به بافت‌ها و ساختارهای اطراف.
- اضطراب در ارتباط با روش جراحی، احتمال ناشنوایی، احتمال اختلال در مزه و احتمال از دست دادن حرکت صورت .
- اختلال درک حسی در ارتباط با اختلال گوش، جراحی یا پانسمان و صدمه احتمالی به عصب صورت (عصب جمجمه VII و عصب کورداتمپان[1].
- احتمال صدمه در ارتباط با اختلال تعادل یا سرگیجه.
- اختلال تمامیت پوستی در رابطه با جراحی
- کمبود آگاهی درباره بیماری ماستوئید، روش جراحی و مراقبت بعد از عمل جراحی و انتظارات.

1- Chorda tympani

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی برای ماستوئیدکتومی شامل کاهش اضطراب؛ راحتی؛ پیش‌گیری از عفونت؛ تثبیت یا بهبود شنوایی و برقراری ارتباط؛ فقدان صدمه یا سرگیجه فقدان یا سازگاری با تغییرات درک حسی؛ حفظ تمامیت پوست؛ و افزایش آگاهی در مورد بیماری روش جراحی و مراقبت بعد از عمل جراحی می‌باشند.

مداخلات پرستاری

کاهش اضطراب

بر اطلاعات ارائه شده توسط جراح گوش تأکید کنید: بیهوشی، محل برش (پشت گوش) و نتایج مورد انتظار از جراحی (شنوایی، تعادل، مزه، حرکت صورت) بیمار را به صحبت درباره اضطراب یا نگرانی تشویق نمایید.

M

تسکین درد

- مسکن تجویز شده را برای ۲۴ ساعت اول بعد از عمل جراحی و سپس در صورت نیاز تجویز کنید.
- به بیمار استفاده و عوارض داروها را آموزش دهید.
- اگر تمپانوپلاستی انجام شود بیمار را آگاه کنید که پانسمان یا تامپون در کانال خارج گوش گذاشته می‌شود و ممکن است برای ۲ تا ۳ هفته بعد از عمل درد تیزی را در گوش تجربه کند.

پیش‌گیری از عفونت

- رژیم آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک تجویز شده را توضیح دهید.
- به بیمار در مورد اجتناب از ورود آب به داخل گوش برای ۶ هفته و خشک نگهداشتن برش جراحی پشت گوش برای ۲ روز آموزش دهید.
- علایم عفونت را بررسی و گزارش دهید.
- بیمار را آگاه کنید که مقداری ترشحات سروزی بعد از عمل جراحی طبیعی است.

بهبود شنوایی و برقراری ارتباط

- روش‌های بهبود شنوایی و ارتباط را آغاز کنید: صدای محیط را کاهش

دهید، هنگام صحبت روبروی بیمار قرار گیرید، به‌طور واضح و شمرده صحبت کنید. اگر بیمار باید لب‌خوانی کند واز اشارات غیرکلامی استفاده نماید، نور کافی فراهم نمایید.

- به خانواده بیاموزید که بیمار به‌طور موقت بعد از جراحی به‌علت ادم، پانسمان و مایع در گوش میانی دچار کاهش شنوایی می‌شود؛ جهت بهبود ارتباط با بیمار، روش‌های برقراری ارتباط را به خانواده بیاموزید.

افزایش آگاهی

- بیمار را درباره جراحی و محیط اتاق عمل آگاه کنید.
- درباره انتظارات بعد از عمل جراحی جهت کاهش اضطراب درباره ناشناخته‌ها صحبت کنید.
- آموزشهای بعد از عمل جراحی ماستوئید متناسب با اولویتهای جراح گوش فراهم نمایید.

M

بهبود درک حسی

- به بیمار تأکید کنید که اختلال مزه و دهان خشک ممکن است برای چند ماه در سمت جراحی شده تجربه شود، زمانی که عصب مجدداً رشد کند، این مشکل رفع می‌شود.
- به بیمار در مورد گزارش فوری علایم ضعف عصب صورتی (عصب جمجمه‌ای VII)، همانند آبریزش از دهان در طرف جراحی شده، آموزش دهید.
- بر اهمیت روش‌های ایمنی در منزل جهت پیش‌گیری از سقوط یا صدمه تأکید کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- دستورات آموزش درباره داروهای تجویزی ارائه دهید مسکن‌ها، داروهای ضدسرگیجه و آنتی‌هیستامین‌ها جهت اختلال تعادل.
- به بیمار درباره اثرات مورد انتظار و عوارض احتمالی داروها آموزش دهید.

- به بیمار درباره محدودیت‌های فعالیت بیاموزید.
- به بیمار درباره بررسی عوارض احتمالی، همانند عفونت، ضعف عصب صورتی یا اختلالات مزه و گزارش فوری این علایم و نشانه‌ها آموزش دهید.
- بیماران به ویژه سالمندان را به مراقبت پرستاری در منزل ارجاع دهید.
- مراقب بیمار را آگاه کنید که بیمار ممکن است سرگیجه را تجربه کند و بنابراین جهت جلوگیری از سقوط به بیمار هنگام حرکت و جابجایی کمک کنید.
- به بیمار جهت گزارش فوری نشانه‌های عوارض جراحی آموزش دهید
- اهمیت برنامه‌ریزی و انجام ملاقاتهای پی‌گیری را تأکید نمایید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- کاهش اضطراب درباره روش جراحی را نشان می‌دهد.
- عاری از ناراحتی یا درد می‌باشد.
- علایم و نشانه‌های عفونت را نشان نمی‌دهد.
- علایم تثبیت یا بهبود شنوایی را نشان می‌دهد.
- عاری از صدمه و تروما ثانویه به سرگیجه می‌باشد.
- سازگاری با یا فقدان اختلال درک حسی را تجربه می‌کند.
- گسیختگی پوست را نشان نمی‌دهد.
- درک درباره علل و روش‌های مراقبتی و درمانی را ابراز می‌نماید (با مکالمه تأیید می‌گردد).

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

بیماری منیر Meniere's Disease

بیماری منیر، اختلال تعادل مایع گوش داخلی (مایع در گردش به مقدار زیاد) است که به‌علت اختلال در جذب در کیسه آندولنفاتیک یا انسداد در مجرا می‌باشد. هیدروپس آندولنفاتیک، که اتساع در فضای آندولنفاوتیک است به وجود می‌آید. افزایش فشار در سیستم یا پارگی غشاهای گوش داخلی روی

می‌دهد و موجب بروز نشانه‌ها می‌گردد. اگر چه در کودکان گزارش شده است اما بیماری منیر بیشتر در بزرگسالان با میانگین سنی شروع در دهه چهارم زندگی، شایع است. درمان ندارد. بیماری احتمالاً دو نوع دارد: کولکئار و وستیبولار.

تظاهرات بالینی

بیماری منیر با چهار نشانه اصلی بروز می‌کند: (۱) سرگیجه دوره‌ای ناتوان‌کننده (از چند دقیقه تا چند ساعت طول می‌کشد، با تهوع استفراغ همراه است)، (۲) وزوزگوش یا صدای همهمه، (۳) ناشنوایی حسی عصبی پیشرونده و (۴) احساس فشار یا پری در گوش. در شروع تنها یک یا دو نشانه بروز می‌کنند. حملات یا دفعات فزاینده روی می‌دهند تا این که تمام نشانه‌ها به‌وجود آیند.

M

بیماری کوکلئار

بیماری کوکلئار به عنوان فقدان شنوایی حس عصبی پیشرونده همراه با وزوز گوش و فشار گوش بدون سرگیجه شناسایی می‌شود.

بیماری وستیبولار

بیماری وستیبولار با سرگیجه دوره‌ای همراه با فشار گوش و بدون نشانه‌های کولکئار مشخص می‌شود. تعریق و احساس مداوم عدم تعادل ممکن است برای روزها طول بکشد. معمولاً فقط یک گوش مبتلا می‌شود اما در ۲۰٪ بیمار هر دو گوش مبتلا می‌شوند.

بررسی و روش‌های تشخیص

- بیماری تشخیص داده نمی‌شود تا این که چهار نشانه اصلی وجود داشته باشند؛ تاریخچهٔ سرگیجه و تهوع و استفراغ به تشخیص کمک می‌کنند.
- آزمون تشخیص دقیقی برای این بیماری وجود ندارد.
- روش‌های تشخیصی شنوایی تعادلی شامل تست وبر، با یافته فقدان شنوایی حسی ـ عصبی در گوش مبتلا استفاده می‌شوند.
- الکترونیستاگموگرام ممکن است طبیعی باشد یا کاهش پاسخ وستیبولار را

نشان دهد.
- سایر روش‌های آزمایشگاهی و رادیوگرافی جهت رد سایر علل نشانه‌ها انجام می‌شوند.

درمان طبی

اهداف درمان ممکن است شامل توصیه‌هایی برای تغییرات در سبک زندگی و عادات یا درمان جراحی باشند. درمان را جهت رفع سرگیجه یا توقف پیش‌رفت یا تثبیت بیماری طراحی نمایید.
- رویکردهای درمانی شامل نوتوانی، تغذیه، درمان طبی و جراحی می‌باشند.
- اگر بیمار مضطرب، نامطمئن، ترسیده یا افسرده باشد ارزیابی روانی ممکن است ضرورت یابد.

درمان دارویی

M

- آرامبخش‌ها و آنتی‌هیستامین‌ها همچون مکلیزین (آنتی‌ورت)[1]. جهت کنترل سرگیجه و سرکوب سیستم وستیبولار؛ ضدتهوع‌ها برای تهوع و استفراغ.
- دیوریک‌ها جهت کاهش فشار در سیستم آندولنفاتیک.
- وازودیلاتورها اغلب همراه با سایر درمان‌ها استفاده می‌شوند.
- پرفیوژن گوش میانی و داخلی یا تزریقات سیستمیک داروهای اتوتوکسیک: استرپتومایسین، جنتامایسین جهت رفع سرگیجه؛ این روش در کاهش سرگیجه بسیار موفقیت‌آمیز است اما با احتمال کاهش شنوایی همراه است.

تغذیه درمانی

- سدیم کم (روز/ ۲۰۰۰mg).
- پرهیز از الکل، نیکوتین و کافئین.

درمان جراحی

- کاهش فشار یا شانت کیسه آندولنفاتیک.
- پرفیوژن گوش میانی و داخلی با جاگذاری کاتتر داخل گوش جهت تخلیه و

1- Meclizine (Antivert)

انفوزیون دارو (به درمان دارویی مراجعه کنید).
- لابیرنکتومی (تخریب گوش داخلی)،
- قطع عصب وستیبولار (عصب جمجمه‌ای هشت).

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به سرگیجه

بررسی
- تاریخچهٔ نشانه‌ها، عوامل ایجادکننده و عوامل تسکین دهنده را بگیرید.
- وسعت ناتوانی در ارتباط با فعالیت‌های روزانه زندگی همچنین پاسخ عاطفی و نشانه‌ها را تعیین کنید.
- داروهایی که بیمار مصرف می‌کند، از جمله داروهای بدون نسخه پزشک را مشخص کنید.

M

تشخیص
تشخیص‌های پرستاری
- احتمال صدمه در ارتباط با اختلال در تحریک به‌علت راه رفتن مختل و سرگیجه.
- اختلال در سازگاری در ارتباط با ناتوانی مورد نیاز جهت تغییر در سبک زندگی به‌علت سرگیجه غیرقابل پیش‌بینی.
- احتمال اختلال در تعادل حجم مایع در ارتباط با افزایش برون‌ده ادرار، تغییر در مصرف مایعات و داروها.
- اضطراب در ارتباط با تهدید یا تغییر در وضعیت سلامت و عوارض ناتوان‌کننده سرگیجه.
- سازگاری غیرمؤثر در ارتباط با مشکلات فردی و انتظارات رفع نشده ناشی از سرگیجه.
- اختلال در تغذیه، استحمام / بهداشت، لباس پوشیدن / بهداشت و مراقبت از خود در ارتباط با اختلال در عملکرد لابیرنت و دوره‌های سرگیجه.

برنامه‌ریزی و اهداف
اهداف بیمار شامل اجتناب از صدمات در ارتباط با عدم تعادل یا سقوط؛ سازگاری با سبک زندگی جهت کاهش ناتوانی و داشتن حداکثر کنترل و

استقلال تعادل طبیعی مایع و الکترولیت؛ کاهش اضطراب؛ توانایی مراقبت از خود و فقدان عوارض می‌باشند.

مداخلات پرستاری

پیش‌گیری از صدمه

- سرگیجه را بررسی کنید.
- به بیمار در تشخیص اورا[1] که نشانه شروع حمله است کمک کنید.
- بیمار را به نشستن هنگام سرگیجه تشویق نمایید.
- توصیه کنید که هنگام دراز کشیدن و تجربه سرگیجه بیمار چشمان خود را باز نگهدارد و سر را راست بگیرد؛ بالش در اطراف سر قرار داده تا حرکت محدود شود.
- طبق دستور بر درمان وستیبولار و تعادل تأکید کنید.
- داروهای ضدسرگیجه و آرامبخش وستیبولار را تجویزکرده و آموزش دهید؛ در مورد عوارض جانبی آموزش دهید.

M

سازگاری با ناتوانی

- بیمار را به تشخیص قدرت‌های شخصی و نقش‌هایی که می‌تواند انجام دهد، تشویق نمایید.
- اطلاعاتی درباره سرگیجه و آنچه که انتظار می‌رود ارائه دهید.
- بیمار و خویشاوندان را در فرآیند نوتوانی شرکت دهید.
- بیمار را در تصمیم‌گیری و بر عهده گرفتن مسؤولیت بیشتر جهت مراقبت تشویق کنید.

حفظ حجم مایع

- جذب و دفع را بررسی کنید؛ نتایج آزمایشگاهی را کنترل نمایید.
- شاخص‌های دهیدراتاسیون را بررسی کنید.
- مایعات خوراکی در حد تحمل را تشویق کنید؛ از قهوه پرهیز نمایید (محرک

1- Aura

وستیبولار).
- درباره داروهای ضدتهوع و ضداسهال آموزش دهید.

تسکین اضطراب
- سطح اضطراب را ارزیابی نمایید؛ به تشخیص مهارتهای سازگاری موفق کمک کنید.
- بیمار را به صحبت درباره اضطراب‌ها و کشف نگرانیها درباره حملات سرگیجه تشویق نمایید.
- درمان تنش را بیاموزید؛ روش‌های راحتی را ارائه دهید

بررسی و درمان عوارض جانبی
- بیمار را در آماده شدن برای تست‌های تشخیصی کمک کنید.
- بیمار را در صورت ضرورت جهت جراحی آماده کنید.
- عوارض جانبی احتمالی را ارزیابی نمایید.
- به بیمار دچار عدم ثبات در صورت نیاز کمک کنید؛ بعد از لابیرنکتومی انتظار سرگیجه و تهوع را داشته باشید.
- در صورت نیاز حمایت روانی اجتماعی و خانوادگی را ترتیب دهید.
- برای بیمار و خانواده اطلاعاتی درباره کمک شنواها ارائه کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار
- به بیمار درباره تجویز ضدتهوع و سایر داروها جهت تسکین تهوع و استفراغ آموزش دهید.
- بیمار را به مراقبت و رفع نیازهای خود در زمان عاری بودن از سرگیجه تشویق کنید.
- با بیمار و مراقبین رژیم غذایی را مرور کنید؛ در صورت نیاز مایعات کافی به بیمار بدهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

مننژیت Meningitis

مننژیت التهاب پرده‌های مننژ (غشاهای اطراف مغز و طناب نخاعی) می‌باشد. انواع مننژیت شامل آسپتیک، سپتیک و توبرکلوز می‌باشند. نوع آسپتیک ممکن است ویروسی یا ثانویه به لنفوم، لوسمی یا آبسه مغزی باشد. نوع عفونی در اثر باکتریهایی همچون نایسریامننژیتیدیس به‌وجود می‌آید.

پاتوفیزیولوژی

ارگانیسم مسبب وارد جریان خون شده از سد خونی مغزی عبورکرده و واکنش التهابی در مننژ را فعال می‌کند. مستقل از عامل ایجادکننده، التهاب تحت عنکبوتیه و غشاء نرم شامه روی می‌دهد. فشار داخل جمجمه افزایش می‌یابد. عفونت‌های مننژ معمولاً به یکی از دو روش ایجاد می‌شوند: از طریق جریان خون ناشی از سایر عفونت‌ها (سلولیت) یا انتشار مستقیم (بعد از صدمه به استخوان‌های صورت). در تعدادی از موارد، علت ایاتروژنیک یا ثانویه به روش‌های تهاجمی (لومبارپانکچر) یا وسایل (وسایل کنترل ICP) یا عفونت‌های فرصت طلب، همچون سندرم نقس ایمنی اکتسابی (ایدز) یا بیماری لایم می‌باشد.

مننژیت باکتریایی شایع‌ترین نوع است. پاتوژن‌های باکتریایی شایع، نایسریا مننژیتیدیس (مننژیت مننگوکوکال)، استرپتوکوکوس پنومونیا (در بالغین) و هموفیلوس آنفولانزا (در کودکان و افراد جوان) می‌باشند. این سه ارگانیسم مسؤول ۷۵٪ موارد مننژیت هستند. نوع انتقال، تماس مستقیم، از جمله قطرات و ترشح از بینی و گلوی ناقلین یا افراد مبتلا است. مننژیت باکتریایی به عنوان عفونت اروفارنکس شروع شده و به سپتی‌سمی پیشرفت کرده و نهایتاً به مننژهای مغز و نواحی فوقانی طناب نخاعی گسترش می‌یابد.

تظاهرات بالینی مننژیت باکتریایی

سردرد و تب شدید از نشانه‌های اولیه هستند؛ این نشانه‌ها ناشی از عفونت و افزایش ICP می‌باشند نشانه‌های دیگر شامل تغییرات در سطح هوشیاری و اختلال در جهت یابی و اختلال حافظه در اوایل بیماری می‌باشند. لتارژی، عدم پاسخگویی به محرکها و کوما ممکن است با پیشرفت بیماری به‌وجود

آیند. علایم تحریک مننژ شامل موارد ذیل هستند:

- سفتی گردن علامت اولیه است.
- علامت کرینگ مثبت[1]: زمانی‌که بیمار دراز کشیده و ران به طرف شکم خم شده است، نمی‌تواند به طور کامل پارا باز کند.
- علامت برودزینسکی مثبت[2]: خم کردن گردن بیمار موجب خمیدگی زانوهای آنها می‌شود؛ خم‌نمودن غیرفعال اندام تحتانی یک طرف موجب حرکت مشابه در اندام طرف دیگر می‌شود.
- ترس از نور (حساسیت شدید به نور) شایع است.
- تشنج (ثانویه به نواحی تحریک‌پذیر کورتکس مغز) و افزایش ICP: علایم افزایش ICP شامل پهن شدن فشار نبض و برادی‌کاردی، تنفس نامنظم، سردرد، استفراغ و کاهش سطح هوشیاری می‌باشند.
- بثورات جلدی (نایسریا مننژیتیدیس): از بثورات پتشی با ضایعات پورپوریک تا نواحی بزرگ اکیموز متفاوت هستند.

M

تظاهرات بالینی مننژیت مننگوکوکی

۱۰ درصد بیماران مبتلا به عفونت شدید، با علایم سپتی‌سمی می‌باشند.

- شروع ناگهانی تب شدید.
- ضایعات پورپورایی وسیع (روی صورت و اندامها).
- شوک و علایم اختلال انعقادی منتشر داخل عروقی (DIC).
- مرگ در صورت چند ساعت از شروع عفونت ممکن است روی دهد.
- در بیماران مبتلا به ایدز علایم کمی وجود دارند زیرا پاسخ التهابی به علت اختلال ایمنی مخفی می‌ماند.

بررسی و یافته‌های تشخیصی

ارگانیسم‌های عفونی معمولاً از طریق کشت و بررسی گرم مایع مغزی نخاعی و خون مشخص می‌شوند (آنتی‌ژن‌های پلی‌ساکارید، تشخیص مننژیت باکتریهایی را حمایت می‌کنند).

1- Pasitive kering 's sign 2- Positive Brudzinski's sign

پیش‌گیری

افرادی که تماس نزدیک با بیماران دارند باید تحت درمان پروفیلاکسی با آنتی‌بیوتیک (ریفامپین) قرار بگیرند. تماسهای نزدیک بیماران باید بررسی و فوراً از نظر تب و سایر علایم و نشانه‌های منتژیت ارزیابی گردند.

واکسیناسیون مننگوکوکی ممکن است سودمند باشد، بویژه برای مسافرین کشورهایی که تجربه اپیدمی بیماری مننگوکوکی را دارند. واکسیناسیون باید به‌عنوان درمان کمکی همراه با پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک برای افرادی که با بیمار مبتلا به بیماری مننگوکوکی زندگی می‌کنند، در نظر گرفته شود. واکسن پلی‌ساکارید (واکسن هموفیلوس B پلی‌ساکارید) بر علیه عفونت هموفیلوس آنفولانزای نوع B به‌طور معمول در کودکان جهت پیش‌گیری از منتژیت استفاده می‌شود.

M

درمان طبی

درمان دارویی

- درمان ضدمیکروبی: پنی‌سیلین (یا پیپراسیلین[1] یا آمپی‌سیلین) یا یکی از سفالوسپورین‌ها. درمان منتژیت کریپتوکوکال تحویز داخل وریدی آمفوتریسین B[2] می‌باشد؛ ممکن است با یا بدون ۵ - فلوسیتوزین[3] استفاده شود.
- هیدروکلرید ونکومایسین، به تنهایی یا همراه با ریفامپین ممکن است برای سوشهای مقاوم باکتریایی استفاده شوند.
- دگزامتازون ممکن است به‌عنوان درمان کمکی برای منتژیت هموفیلوس آنفولانزای نوع B سودمند باشد.
- افزاینده‌های حجم مایع جهت درمان و هیدراتاسیون و شوک استفاده می‌شوند.
- دیازپام (والیوم) یا فنی‌توئین (دیلانتین) جهت کنترل تشنج‌ها به کار می‌روند.

1- Piperacillin
2- Amphotericin B
3- 5-flucytosine

- دیورتیک اسموتیک همانند مانیتول برای درمان ادم‌مغزی استفاده می‌شود.

تدابیر پرستاری

پیش آگهی به مراقبت حمایتی ارائه شده بستگی دارد. اقدامات پرستاری مرتبط شامل موارد ذیل هستند:

- بررسی مداوم علایم حیاتی. اکسیژناسیون را براساس میزان گازهای خون‌شریانی و پالس‌اکسی‌متری تعیین کنید.
- لوله آندوتراکئال کاف دار (یاتراکئوستومی) وارد کرده و طبق تجویز بیمار را به تهویه مکانیکی وصل نمایید.
- اکسیژن جهت حفظ فشار نسبی اکسیژن شریانی تجویز کنید.
- فشار ورید مرکزی را برای بررسی شوک احتمالی که به نارسایی قلبی یا تنفس پیشرفت می‌کند، بررسی کنید.
- به انقباض عروقی عمومی، سیانوز مرکزی و سردی اندام‌ها توجه نمایید.
- تب بالا را جهت کاهش نیاز قلب و مغز به اکسیژن کاهش دهید.
- جایگزینی سریع مایعات داخل وریدی ممکن است تجویز شود، اما از هیدراتاسیون بیش از حد بیمار پرهیز کنید زیرا خطر ادم‌مغزی وجود دارد.
- اگر احتمال سندرم ترشح نابجای هورمون ضدادراری وجود دارد، به دقت وزن بدن، الکترولیتهای سرم، حجم، وزن مخصوص و اسمولالیتی ادرار را بررسی نمایید.
- وضعیت بالینی را به‌طور مداوم ارزیابی کنید؛ بهداشت پوست و دهان را بررسی نمایید؛ راحتی را افزایش دهید؛ و از بیمار حین تشنج و کوما محافظت کنید.
- تا ۲۴ ساعت بعد از شروع آنتی‌بیوتیک درمانی احتیاطهای قطرات تنفسی و ایزوله تنفسی را اجرا کنید.
- به خانواده اطلاعاتی درباره شرایط بیمار ارائه دهید و به خانواده اجازه ملاقات بیمار در فواصل مناسب را بدهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۴، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

M

Mitral Regurgitation (Insufficiency)

رگورژیتاسیون (نارسایی) میترال

رگورژیتاسیون دریچه میترال زمانی ایجاد می‌شود که حاشیه‌های دریچه میترال قادر به بسته شدن در هنگام سیستول نباشند. ممکن است مشکل در یک یا بیشتر لت‌ها، آنولوس یا عضلات پاپیلری باشد که مانع بسته شدن کامل لتهای دریچه می‌شوند. در هر ضربه بطن چپ، مقداری خون به دهلیز چپ پس می‌زند و موجب اتساع و هیپرتروفی آن می‌گردد. این جریان برگشتی خون از بطن موجب پرخون شدن ریه‌ها شده و در نتیجه به بطن راست فشار وارد کرده و باعث نارسایی قلبی می‌شود.

تظاهرات بالینی

رگورژیتاسیون مزمن میترال اغلب بدون علامت است؛ اما رگورژیتاسیون حاد (بعد از MI) معمولاً به‌صورت نارسایی قلبی شدید بروز می‌کند.

- معمولاً نشانه‌ها شامل دیس‌پنه، تنگی نفس هنگام فعالیت، خستگی، ضعف، تپش قلب و سرفه ناشی از احتقان مزمن ریه می‌باشند.
- نبض نامنظم در نتیجه اکستراسیستول یا فیبریلاسیون دهلیزی ممکن است بدون توضیح تداوم یابد.

بررسی و روش‌های تشخیص

سوفل سیستول ورزشی و پرفرکانس در نوک قلب شنیده می‌شود. نبض ممکن است منظم با حجم خوب باشد یا ممکن است در اثر دیس‌ریتمی نامنظم باشد. اکوکاردیوگرافی جهت تشخیص و بررسی پیشرفت رگورژیتاسیون میترال استفاده می‌شود.

درمان طبی

درمان مشابه نارسایی احتقانی قلب است. اقدامات جراحی شامل تعویض دریچه میترال یا والولوپلاستی[1] می‌باشند.

1- Valvuloplasty

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

تنگی میترال Mitral Stenosis

تنگی میترال، افزایش ضخامت و کوتاهی لتهای دریچه میترال و کوردا تاندون‌ها می‌باشد که موجب باریک شدن دهانه دریچه و انسداد پیشرونده در مقابل جریان خون می‌شود. به‌طور معمول دهانه دریچه میترال به اندازه ۳ انگشت باز است. در موارد تنگی شدید، مدخل دریچه به اندازه پهنای یک مداد باریک می‌شود. دهلیز چپ متسع و هیپرتروفی می‌شود زیرا دهلیز به سختی خون را وارد بطن کرده و نیز دهلیز باید حجم خون بیشتری را به بطن وارد نماید. به دلیل این که دریچه‌ای برای محافظت وریدهای ریه از برگشت جریان خون از دهلیز به وریدها وجود ندارد، جریان خون ریوی پرخون می‌شود. افزایش فشار خون ریه می‌تواند موجب نارسایی بطن راست شود.

M

تظاهرات بالینی

- اغلب اولین نشانه تنگی نفس هنگام فعالیت (در اثر هیپرتانسیون وریدهای ریوی) می‌باشد.
- خستگی پیشرونده (ناشی از کاهش برون ده قلب)، هموپتزی و سرفه، و عفونت‌های تنفسی مکرر ممکن است مشاهده شوند.
- نبض ضعیف و نامنظم (به‌علت فیبریلاسیون دهلیزی) ممکن است وجود داشته باشد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- الکتروکاردیوگرافی (ECG): دیس ریتمی دهلیزی.
- اکوکاردیوگرافی برای تشخیص تنگی.
- کاتتریزاسیون قلبی با آنژیوگرافی برای تشخیص شدت تنگی.

درمان طبی

جهت کسب اطلاعات بیشتر به درمان طبی و مراقبت پرستاری نارسایی قلبی مراجعه کنید. سایر روش‌های درمان عبارتند از:

- آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک برای پیش‌گیری از عود عفونت‌ها.
- درمان کم خونی در صورت نیاز.
- کاردیوتونیک‌ها و دیورتیک‌ها برای درمان نارسایی احتقانی قلب.
- درمان جراحی (والولوپلاستی، کومیشورتومی [1] یا تعویض دریچه میترال).
- والولوپلاستی ترانس لومینال از راه پوست برای تسکین نشانه‌ها.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

M

پرولاپس دریچه میترال Mitral valve prolapse

پرولاپس دریچه میترال اختلال در عملکرد لتهای دریچه میترال است که مانع بسته شدن کامل دریچه میترال حین سیستول شود، سپس خون از بطن چپ به دهلیز چپ پس می‌زند. غالباً در زنان روی می‌دهد.

تظاهرات بالینی

سندرم ممکن است علامتی ایجاد نکند یا ممکن است به سرعت پیشرفت کرده موجب مرگ ناگهانی شود.

- بیماران ممکن است نشانه‌های خستگی، تنگی نفس (بدون ارتباط با فعالیت) سبکی سر، سرگیجه، سنکوپ، تپش قلب، درد سینه و اضطراب را تجربه کنند.
- خستگی ممکن است بدون ارتباط با میزان فعالیت فرد و مقدار خواب و استراحت به‌وجود آید.
- حین معاینه جسمی، کلیک میترال (سیستولیک) مشخص می‌شود. وجود کلیک نشانه نارسایی دریچه می‌باشد. وجود کلیک بی‌کفایتی اولیهٔ دریچه را نشان می‌دهد.

1- Commissurotomy

- کلیک میترال ممکن است به مرور زمان با افزایش اختلال در عملکرد لتهای دریچه به سوفل تبدیل شود.
- با پیشرفت سوفل، ممکن است علایم و نشانه‌های نارسایی قلب (شایع نیست) وجود داشته باشند.

درمان طبی

درمان طبی در جهت کنترل نشانه‌ها می‌باشد.

- داروهای ضددیس‌ریتمی تجویز می‌شوند.
- در مراحل پیش‌رفته تعویض دریچه میترال ممکن است ضروری باشد.
- محدودیت‌های غذایی؛ اجتناب از الکل و کافئین

تدابیر پرستاری

- به بیمار درباره داروهای ضددیس‌ریتمی یا آنتی‌آنژین آموزش دهید (در صورت تجویز).
- توضیح دهید که الکل، افدرین و اپی‌نفرین (ممکن است در فرآورده‌های بدون نسخه پزشک وجود داشته باشند) ممکن است دیس‌ریتمی را تحریک کنند. به بیمار درباره خواندن برچسبهای فرآورده‌ها جهت پرهیز از این داروها آموزش دهید.
- به بیمار درباره نیاز برای آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی پیش از انجام روش‌های تهاجمی (برای مثال دندانپزشکی، روش‌های تناسلی ادراری یا بررسیهای دستگاه‌گوارش) آموزش دهید. بیمار باید در صورت شک درباره نیاز به آنتی‌بیوتیک پیش از پروسیجر با پزشک مشورت کند.
- به بیمار درباره تشخیص و احتمال ارثی بودن بیماری آموزش دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

مولتیپل میلوما Multiple Myeloma

موتیپل میلوما بیماری بدخیم سلول‌های پلاسما است که به استخوان‌ها غددلنفاوی، کبد، طحال و کلیه‌ها ارتشاح می‌یابد. به‌عنوان لنفوما طبقه‌بندی

نمی‌شود. سلول بدخیم سلول پلاسما است و تکثیر نئوپلاستیک بیشتر در مغز استخوان صورت می‌گیرد. متوسط بقاء ۳ تا ۵ سال است و مرگ در اثر عفونت یا نارسایی کلیه روی می‌دهد.

تظاهرات بالینی

- آنمی نرموکرومیک و نرموسیتیک، درد پشت و گاهی لکوپنی یا ترومبوسیتوپنی در اثر انفیلتراسیون مغز استخوان توسط سلول‌های بدخیم پلاسما.
- درد مداوم استخوان که ممکن است ناتوان‌کننده باشد.
- هیپرکلسمی و شکستگی استخوان بویژه در استخوان مهره یا دنده‌ها شایع است.

بررسی و روش‌های تشخیص

- آسپیراسیون یا بیوپسی مغز استخوان.
- پروتئین‌های بنس‌جونز (بخشهایی از گلبولین‌های غیرطبیعی) مترشحه در ادرار.

ملاحظات سالمندی

میزان شیوع مولتیپل میلوما با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد. بیماری به ندرت قبل از ۴۰ سالگی روی می‌دهد به دقت درد پشت را که شکایت شایع بیماران می‌باشد، بررسی نمایید.

درمان طبی

- ملفالان (آلکران)[1]، سیکلوفسفامید و استروئیدها جهت کاهش توده تومور و تسکین درد استخوان.
- پرتو درمانی برای تسکین درد استخوان.
- ترمیم مهره‌ای و درمان با بیسفسفونات[2]
- هیدراتاسیون خوب با پیش‌گیری از صدمه کلیه ناشی از پروتئین‌های بنس‌جونز در توبولهای کلیه، هیپرکلسمی و هیپراوریسمی.

1- Melphalan (Alkeran) 2-Bisphosphonate

- مسکن‌های نارکوتیک و پرتودرمانی موضعی برای درد شدید.

تدابیر پرستاری

- بیمار را از نظر علایم و نشانه‌های نارسایی کلیه بررسی کنید.
- جهت جلوگیری از شکستگی پاتولوژیک بیمار را تا حد ممکن فعال نگهدارید.
- عفونت‌های باکتریایی (پنومونی) را بررسی کنید.
- از ناشتا بودن برای تستهای تشخیصی پرهیز کنید زیرا دهیدراتاسیون می‌تواند نارسایی حاد کلیه را تسریع کند.
- به بیمار روش‌های مناسب پیش‌گیری از عفونت را آموزش دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

اسکلروز متعدد Multiple Sclerosis

اسکلروز متعدد (MS) بیماری پیشرونده دژنراتیو و مزمن سیستم عصبی مرکزی می‌باشد که با بخشهای کوچک دمیلینه شدن در مغز و طناب نخاعی مشخص می‌شود. دمیلینه شدن (تخریب میلین) موجب اختلال در انتقال پیامهای عصبی می‌شود.

پاتوفیزیولوژی

علت MS ناشناخته است، اما نقص پاسخ ایمنی احتمالاً نقش مهمی را در ایجاد بیماری دارد. در MS سلول‌های T احساس‌شده در CNS ساکن شده و انفیلتراسیون سایر موادی که به سیستم‌ایمنی صدمه می‌زنند را تسهیل می‌کنند. حمله سیستم‌ایمنی موجب التهاب، تخریب میلین و سلول‌های الیگودندروگلیال (تولیدکننده میلین در CNS) می‌شود. پلاکهای بافت اسکلروتیک روی آکسونهای دمیلینه شده ظاهر می‌گردد و موجب اختلال بیشتر در انتقال تکانه‌های عصبی می‌شود. دمیلینه شدن مانع جریان تکانه‌های عصبی می‌شود. MS بیشتر در افراد ساکن نواحی معتدل شمالی روی می‌دهد. MS یکی از بیماریهای شایع عصبی و ناتوان‌کننده در جوانان و

۲۰ تا ۴۰ ساله است و بیشتر زنان را مبتلا می‌سازد.

دوره بیماری

MS دوره‌های متعددی دارد:

- دوره عود ـ فروکشن با بهبودی کامل بین دوره‌های عود بیماری.
- دوره مزمن پیشرونده از شروع بیماری، با کاهش پیشرونده در عملکرد و احتمال ایجاد کوادری‌پارزی، اختلال در عملکرد شناختی، کاهش بینایی و سندرم‌های ساقه مغز.
- دوره خوش‌خیم با طول عمر طبیعی نشانه‌ها بسیار خفیف هستند به طوری که بیمار به دنبال درمان نمی‌رود.

تظاهرات بالینی

M

- علایم و نشانه‌ها متعدد و متغیر هستند و محل ضایعه یا ترکیب ضایعات را نشان می‌دهند.
- نشانه‌های اولیه: درد، خستگی، ضعف، بی حسی، مشکل در هماهنگی و فقدان تعادل.
- اختلالات بینایی: تاری دید، لکه کور در میدان بینایی[1] یا کوری کامل.
- ضعف اسپاتیک اندامها و فقدان بازتابهای شکم، آتاکسی و ترمور.
- اختلال در عملکرد حسی.
- مشکلات شناختی و روانی ـ اجتماعی، ناپایداری عاطفی و سرخوشی.
- احتمال مشکلات مثانه، روده و جنسی

نشانه‌های ثانویه مرتبط با عوارض جانبی

- عفونت‌های مجرای ادراری، یبوست.
- زخم‌های فشاری، دفورمیتی‌های کونتراکتور، ادم وابسته پا.
- پنومونی.
- فرورفتگی و کاهش توده استخوانی.

1- Scotom

- مشکلات عاطفی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی و تفریحی.

وخامت و فروکش بیماری

- دوره‌های عود ممکن است با وقایع عاطفی و تنش جسمی همراه باشد.
- شواهدی وجود دارد که میلینه شدن مجدد در برخی بیماران روی می‌دهد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) (ابزار تشخیصی اولیه) برای مشاهده پلاک‌های کوچک، ارزیابی دوره بیماری و اثر درمان.
- بررسی الکتروفورزیس مایع مغزی ـ نخاعی (CSF)، آنتی‌بادی غیرطبیعی ایمونوگلبولین G در CSF ۹۵٪ بیماران یافت می‌شود.
- بررسی عصبی روانی در صورت نیاز جهت بررسی اختلال شناختی.
- تاریخچه جنسی برای تعیین تغییرات در عملکرد جنسی.

M

درمان طبی

به دلیل عدم وجود درمان برای MS، اهداف درمان عبارتند از: تأخیر در پیشرفت بیماری، کنترل و درمان نشانه‌های مزمن و درمان دوره‌های حاد. برنامه درمان منحصر به فرد جهت تسکین نشانه‌ها(اسپاستیسیتی، خستگی، اختلال در عملکرد مثانه و آتاکسی) و ارائه حمایت ضروری است. روش‌های درمان نشانه‌های مختلف حرکتی و حسی و اثرات بی حرکتی را مورد هدف قرار می‌دهند. پرتودرمانی ممکن است برای سرکوب سیستم‌ایمنی استفاده شود.

درمان دارویی

- داروهای ABC: اینتروفرن ـ بتا ـ 1a (آوونکس)[1] و بتا ـ 1b (بتاسرون[2]) و گلاتیرامر استات[3] (کوپاکسون) برای MS با دوره‌های عود و فروکش.

1- Avonex
2- Betaseron
3- Glatiramen Acetate (Copaxone)

- میتوکسانترون (نووانترون)[1] داروی ضدنئوپلاسم اخیراً برای درمان MS پیشرونده ثانویه تصویب شده است.
- داروهای درمان ایمنی برای تنظیم پاسخ ایمنی و کاهش سرعت پیشرفت بیماری و دفعات و شدت وخامت بیماری (آزاتیوپرین[2]، اینترفرون، سیکلوفسفامید).
- کورتیکواستروئیدها و هورمون آدرنوکورتیکوتروفیک (ACTH) به‌عنوان داروهای ضدالتهاب و برای بهبود هدایت عصب.
- آمانتادین (سیمترل)[3]، پمولین (سیلرت)[4] یا فلوکستین (پروزاک[5])برای درمان خستگی
- داروهای مورد استفاده برای درمان آتاکسی شامل مهارکننده‌های بتاآدرنرژیک (ایندرال)، داروهای ضدتشنج (نورونتین)[6] و بنزودیازپین‌ها (کلونوپین)[7]، والیوم.
- باکلوفن[8]: درمان انتخابی اسپاستیسیتی.

درمان مشکلات مرتبط با روده و مثانه

آنتی‌کولینرژیکها، مهارکننده آلفا آدرنژیک یا آنتی‌اسپاسمودیک ممکن است برای درمان مشکلات مرتبط با دفع استفاده شوند و بیماران ممکن است برای انجام خود کاتتریزاسیون آموزش ببینند. روش‌های دیگر شامل بررسی عفونت‌های مجاری ادراری، اسیدآسکوربیک برای افزایش اسیدیته ادرار، آنتی‌بیوتیک‌ها در صورت نیاز می‌باشند.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به اسکلروز معتدد

بررسی

- مشکلات حاد و احتمالی مرتبط با بیماری را بررسی کنید: مشکلات عصبی،

1- Mitoxantrone (Novantrone)
2- Azathioprine
3- Amantadin (symmetrel)
4- Pemoline (cylert)
5- Fluoxetine (Prozac)
6- Neurontin
7- Klonopin
8- Baclofen

عوارض ثانویه، و اثر بیماری بر بیمار و خانواده.
- عملکرد بیمار به‌ویژه حرکت را زمانی که بیمار به‌خوبی استراحت کرده و هنگامی که خسته است، بررسی کنید؛ ضعف، اسپاستیسیتی، اختلال بینایی و بی‌اختیاری را ارزیابی نمایید.
- تاریخچه جنسی را از نظر وجود نگرانی خاص بررسی کنید.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- اختلال در تحرک جسمی در ارتباط با ضعف، فلج عضلات، اسپاستیسیتی.
- احتمال صدمه در ارتباط با اختلال حس و بینایی.
- اختلال در دفع ادرار و مدفوع در ارتباط با اختلال در عملکرد سیستم عصبی.
- اختلال در فرایندهای تفکر (کاهش حافظه، دمانس، سرخوشی) در ارتباط با اختلال در عملکرد مغزی.
- سازگاری غیرمؤثر فردی در ارتباط با عدم قطعیت تشخیص.
- اختلال در مدیریت منزل در ارتباط با محدودیت‌های جسمی روانی و اجتماعی ناشی از MS.
- اختلال در تکلم و بلع در ارتباط با گرفتاری عصب جمجمه‌ای.
- احتمال اختلال در عملکرد جنسی در ارتباط با ابتلاء طناب نخاعی یا واکنشهای روانی به بیماری.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی بیمار ممکن است شامل تحرک جسمی، جلوگیری از صدمه، کنترل مثانه و روده، بهبود عملکرد شناختی، مهارتهای سازگاری، بهبود مراقبت از خود، سازگاری با اختلال در عملکرد جنسی و تکلم و بلع طبیعی باشند.

مداخلات پرستاری

بهبود تحرک جسمی

- ورزشهای مقاومت پیشرونده جهت تقویت عضلات ضعیف را تشویق کنید.
- بیمار را به انجام فعالیت تا حدی که خستگی کمی ایجاد شود تشویق

M

نمایید. تن آرامی و ورزشهای هماهنگی موجب افزایش کارایی عضله می‌شود.

- بیمار را به داشتن دوره متناوب استراحت ترجیحاً دراز کشیدن جهت پیش‌گیری از خستگی شدید توصیه نمایید.
- انجام پیاده روی جهت بهبود راه رفتن را تشویق کنید.
- از کمپرس گرم برای عضلات اسپاستیک استفاده کنید از حمام گرم به‌علت اختلال حسی پرهیز کنید.
- انجام روزانه ورزشهای کششی عضلات برای به حداقل رساندن کونتراکتور مفاصل را تشویق نمایید.
- شنا و دوچرخه ثابت و تحمل پیشرونده وزن برای تسکین اسپاستیستی پاها را تشویق کنید.
- از تعجیل بیمار در انجام فعالیت پرهیز کنید، زیرا عجله موجب افزایش اسپاستیستی می‌شود.
- از عوارض بی حرکتی از طریق بررسی و حفظ تمامیت پوست و انجام سرفه و ورزشهای تنفس عمیق پیش‌گیری کنید.

M

پیش‌گیری از صدمه

- بیمار را به راه رفتن با پهنای زیاد پاها آموزش داده تا اگر اختلال در عملکرد حرکتی موجب عدم هماهنگی می‌شود ثبات راه رفتن افزایش یابد.
- در صورت فقدان حس وضعیت بیمار را به مشاهده پاها هنگام راه رفتن تشویق نمایید.
- اگر بعد از آموزش هنوز راه رفتن دچار مشکل است، به بیمار ویلچر بدهید (واکر، عصا، بریس، چوب زیر بغل میله‌های موازی و فیزیوتراپی).
- اگر بیمار محدود به ویلچر است پوست را از نظر زخم‌های فشاری بررسی کنید.

افزایش کنترل مثانه و روده

- لگن یا لوله ادرار را در دسترس قرار دهید زیرا نیاز به دفع باید فوراً مرتفع گردد.
- برنامه دفع با افزایش تدریجی فواصل زمانی تدوین کنید.
- به بیمار درباره نوشیدن مقدار مشخص مایع در هر دو ساعت و تلاش برای دفع ۳۰ دقیقه پس از نوشیدن مایع آموزش دهید.

- بیمار را به مصرف داروهای تجویزی برای اسسپاستیسیتی مثانه تشویق کنید.
- در صورت نیاز خود کاتتریزاسیون متناوب را آموزش دهید.
- مایعات کافی، فیبر غذایی و برنامه آموزش روده برای مشکلات روده (یبوست، مدفوع سخت و بی‌اختیاری) فراهم سازید.

بهبود عملکرد حسی و شناختی

- در صورت وجود دو بینی، از محافظ یا عینک برای جلوگیری از انتقال تکانهای بینایی به یک چشم استفاده کنید.
- بیمار را درباره استفاده از خدمات رایگان کتاب گویا تشویق کنید.
- بیمار و خانواده را به پاتولوژیست گفتار ـ زبان هنگام گرفتاری مکانیسم تکلم ارجاع دهید.
- از بیمار و خانواده جهت سازگاری با تصویر ذهنی جدید از خود و اختلال در زندگی، حمایت عاطفی و همدردی به عمل آورد.
- محیط را منظم نگه دارید؛ از فهرست یا سایر کمک حافظه‌ها جهت کمک به بیمار برای حفظ برنامه روزانه استفاده کنید.

تقویت مکانیسم‌های سازگاری

- تنش را تسکین داده و بیمار را برای مشاوره و حمایت جهت کاهش عوارض جانبی بیماری مزمن ارجاع دهید.
- اطلاعاتی در مورد بیماری به بیمار و خانواده ارائه دهید.
- به بیمار در تشخیص مشکلات و اتخاذ روش‌هایی برای کنترل مشکلات کمک کنید.

بهبود توانایی‌های مراقبت از خود

- روش‌هایی را شرح دهید که فعالیتهای مستقل مراقبت از خود در منزل را ممکن سازد (نشیمن بلند برای توالت، کمکهای حمام کردن، اصطلاحاتی در تلفن، شانه دسته بلند، انبرک، لباس‌های مناسب).
- در صورت امکان از تنش جسمی و عاطفی پرهیز نمایید.
- درجه حرارت محیط را در حد معتدل نگهدارید گرما موجب افزایش خستگی

M

و ضعف عضلات و سرمای شدید موجب افزایش اسپاستیسیتی می‌شود.

درمان مشکلات تکلم و بلع

- برنامه ارزیابی توسط گفتار درمان را ترتیب دهید. این آموزش را تقویت کرده و بیمار و خانواده را به تبعیت از برنامه تشویق کنید.
- احتمال آسپیراسیون را از طریق تغذیه دقیق، وضعیت مناسب حین تغذیه و در دسترس بودن ساکشن کاهش دهید.

بهبود عملکرد جنسی

مشاور جنسی جهت کمک به بیمار و شریک وی در مورد اختلال در عملکرد جنسی برای مثال اختلالات نعوظ و انزال در مردان و اختلال ارگاسم و اسپاسم عضلات نزدیک‌کننده ران در زنان ؛ بی اختیاری ادرار و مدفوع؛ عفونت‌های مجاری ادراری) را پیشنهاد کنید.

M

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از فور به بیمار

- به بیمار و خانواده درباره استفاده از وسایل کمکی خود کاتتریزاسیون و تجویز داروها آموزش دهید.
- به بیمار و خانواده جهت غلبه برناتوانی‌ها و تغییرات ناشی از پیشرفت بیماری کمک نمایید.

تداوم مراقبت

- در صورت نیاز بیمار را به پرستار مراقبت در منزل ارجاع دهید.
- بیمار را به تماس با خدمات محلی انجمن ملی اسکلروز متعدد، استفاده از کتب مربوط و تماس با سایر بیماران مبتلا به MS تشویق کنید.
- روش‌های جدید مراقبت از خود را آموزش داده و تأکید کنید
- تغییرات در وضعیت سلامت و روش‌های سازگاری بیمار را بررسی نمایید.
- بر اهمیت مراقبت پیگیر تأکید کنید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- بهبود تحرک جسمی را گزارش می‌دهد.
- عاری از صدمه می‌باشد.
- کنترل روده و مثانه حفظ شده یا بهبود یافته است.
- در استراتژی‌ها جهت بهبود تکلم و بلع شرکت می‌کند.
- در آموزش راه رفتن و برنامه‌های توانبخشی مشارکت می‌نماید.
- تغییر در فرایندهای تفکر را جبران می‌کند.
- از برنامه مراقبت نگهدارنده در منزل تبعیت می‌کند.
- بهبود روش‌های سازگاری را نشان می‌دهد.
- با تغییرات در عملکرد جنسی سازگار می‌شود.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۴، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

M

دیستروفی عضلانی Muscular Dystrophies

دیستروفی‌های عضلانی گروهی از اختلالات مزمن عضله هستند که با ضعف و تحلیل پیشرونده عضلات اسکلتی یا ارادی مشخص می‌شوند. اغلب ارثی هستند. مشخصه‌های پاتولوژیک شامل دژنراسیون و کاهش فیبرهای عضلانی، تغییر در اندازه فیبر عضلانی، فاگوسیتوز و دژنراسیون و جایگزینی بافت عضلانی با بافت پیوندی می‌باشند. انواع نشانه‌ها تحت تأثیر الگوهای وراثتی، درگیری عضلات، سن شروع بیماری و سرعت پیشرفت می‌باشند.

تظاهرات بالینی

تحلیل و ضعف عضله، کاردیومیوپاتی در تمام انواع دیستروفی عضلانی عارضهٔ شایع می‌باشد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- افزایش غیرطبیعی در کراتینین فسفوکیناز سرم (CPK).
- الگوی میوپاتیک در الکترومیوگرافی (EMG).

- یافته‌های میوپاتیک در بیوپسی عضلانی.

درمان طبی

درمان بر مراقبت حمایتی و پیش‌گیری از عوارض متمرکز می‌باشد. درمان حمایتی در جهت حفظ فعالیت و عملکرد بیمار در حد طبیعی و کاهش اختلال عملکردی می‌باشد. برنامه ورزش درمانی جهت پیش‌گیری از سفتی، انقباض و آتروفی ناشی از عدم استفاده از عضله تنظیم می‌گردد. اسپلینت‌های شب و ورزشهای کششی جهت تأخیر در کونتراکچر مفصل (بویژه مچ پا، زانوها و ران) بکار می‌روند. بریس ممکن است برای جبران ضعف عضله استفاده شود. به بیمار ممکن است ژاکت ارتوتیک جهت بهبود ثبات هنگام نشستن، کاهش دفورمیتی تنه و حمایت از وضعیت قلبی عروق پوشانده شود. فیوژن نخاعی ممکن است برای حفظ ثبات نخاعی صورت گیرد. تمام عفونت‌های تنفسی فوقانی و شکستگی‌های ناشی از سقوط جهت کاهش بی حرکتی و پیش‌گیری از کونتراکچر مفاصل درمان می‌شوند.

مشاوره ژنتیک به‌علت ماهیت ارثی این بیماری را توصیه کنید. همچنین به بیمار مشاوره با مراقبین مناسب برای مشکلات دندان و تکلم و مشکلات دستگاه گوارش ناشی از اتساع معده، پرولاپس رکتوم، سفتی مدفوع را پیشنهاد نمایید.

تدابیر پرستاری

اهداف شامل حفظ عملکرد در سطح مطلوب و افزایش کیفیت زندگی می‌باشند.

- به نیازهای جسمی عاطفی و رشد و تکامل بیمار توجه کنید.
- بیمار و خانواده را به‌طور فعال در تصمیم‌گیری از جمله تصمیمات مربوط به پایان زندگی مشارکت دهید.
- در مدت بستری برای درمان عوارض آگاهی و مهارت بیمار و خانواده برای ارائه مراقبت در منزل را ارزیابی نمایید. در بیمارستان به بیمار و خانواده در حفظ روش‌های سازگاری مورد استفاده در منزل یاری رسانید.
- اطلاعاتی درباره اختلال، دوره قابل پیش‌بینی آن و روش‌های مراقبت ودرمان که رشد و تکامل و وضعیت جسمی و روانی بیمار را بهبود خواهند داد ارائه دهید.

- به تمام اعضاء تیم مراقبت بهداشتی توصیه نماید که در جهت اهداف مشترک تلاش کنند.
- بیمار را به استفاده از وسایل کمک به خود جهت دستیابی به استقلال بیشتر تشویق کنید؛ بیمار را در صورت نیاز به پرستار مراقبت در منزل ارجاع دهید.
- ورزشهای دامنه حرکتی مفاصل را جهت پیشگیری از کونتراکچرهای ناتوان‌کننده تشویق کنید.
- هنگام آموزش به خانواده در مورد بررسی مشکلات تنفسی اطلاعاتی در مورد حمایت مناسب تنفسی همچون وسایل فشار منفی و تهویه با فشار مثبت ارائه دهید.
- به بیمار در سازگاری محیط منزل جهت افزایش استقلال عملکردی کمک کنید. بیمار ممکن است به ویلچر دستی یا برقی، وسایل کمکی برای راه رفتن، سیستم‌های نشستن، وسایل حمام، بالابرنده پلکان متحرک و سایر کمک جهت فعالیتهای روزانه زندگی نیاز داشته باشد.
- علایم افسردگی، عصبانیت سوگواری یا انکار طولانی را بررسی کرده و به بیمار در سازگاری با بیماری مزمن کمک کنید. در صورت نیاز برنامه ارجاع بیمار به روان پرستار یا سایر افراد حرفه‌ای بهداشت روان را ترتیب داده تا به بیمار جهت سازگاری با بیمار کمک شود.
- محیط امیدوارکننده حمایتی و پرورش‌دهنده فراهم کنید.

M

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Musculoskeletal Trauma (Contusions, Strains, Sprains and Joint Dislocations)

صدمه عضلانی ـ اسکلتی (کوفتگی، کشیدگی، پیچ خوردگی و دررفتگی مفصل)

صدمه به یک قسمت سیستم عضلانی اسکلتی معمولاً موجب صدمه یا اختلال در عملکرد ساختارهای مجاور و همراه یا حمایت شده توسط آنها می‌شود. اگر استخوان بشکند عضلات نمی‌توانند عمل کنند و عروق‌خونی و

اعصاب مجاور محل شکستگی ممکن است صدمه ببینند. اگر اعصاب تکانه‌های لازم را به عضلات نفرستند (پارالزی)، استخوان‌ها نمی‌توانند حرکت کنند. اگر سطوح مفصلی به‌طور طبیعی حرکت نکنند، استخوان‌ها و عضلات نیز نمی‌توانند به‌طور مناسب و کامل فعالیت نمایند.

کوفتگی، کشیدگی، و پیچ‌خوردگی

کوفتگی صدمه بافت نرم ناشی از نیروی کند (برای مثال ضربه، لگد یا افتادن) می‌باشد. بسیاری از عروق‌خونی کوچک در بافت نرم پاره شده و خون‌ریزی می‌کنند (اکیموز یا کبودی). هماتوم زمانی روی می‌دهد که خون‌ریزی به قدری باشد که موجب تجمع محسوس خون گردد. بیشتر کوفتگی‌ها در مدت ۱ تا ۲ هفته بهبود می‌یابند.

کشیدگی «کشش عضله» ناشی از استفاده یا کشش بیش از حد می‌باشد. کشیدگی‌ها، پارگی میکروسکوپی و ناقص عضله همراه با مقداری خون‌ریزی در بافت می‌باشند.

پیچ خوردگی، صدمه به لیگامن اطراف مفصل ناشی از حرکت پیچشی یا چرخش می‌باشد لیگامن پاره توانایی تثبیت را از دست می‌دهد. عروق‌خونی پاره شده و ادم روی می‌دهد.

دررفتگی مفصل

دررفتگی مفصل بیماری است که در آن سطوح مفصلی استخوانی در محل تشریحی صحیح قرار ندارند. استخوان‌ها از مفصل خارج می‌شوند. در رفتگی ممکن است مادرزادی در زمان تولد (اغلب مفصل ران)، خودبخودی یا پاتولوژیک ناشی از بیماری مفصلی یا ساختارهای اطراف مفصل یا تروماتیک ناشی از صدمه مفصل در اثر وارد آمدن ضربه باشد. دررفتگی ناقص دررفتگی نسبی سطوح مفصلی می‌باشد. دررفتگی‌های تروماتیک از اورژانسهای ارتوپدیک هستند زیرا ساختارهای مفصلی همراه عروقی‌خونی و اعصاب مختل شده و به شدت تحت فشار قرار می‌گیرند. اگر در رفتگی مفصل فوراً درمان نشود نکروز بدون رگهای خونی (مرگ بافت ناشی از آنوکسی و کاهش خونرسانی) و فلج عصب ممکن است ایجاد شوند.

تظاهرات بالینی

- کوفتگی: نشانه‌های موضعی (درد، ادم و دررفتگی مفصل).
- کشیدگی: سوزش با درد ناگهانی با تندرنس موضعی در عضله هنگام استفاده و انقباض ایزومتریک.
- پیچ خوردگی: تندرنس مفصل، حرکت دردناک؛ ناتوانی و درد فزاینده در ۲ تا ۳ ساعت بعد از صدمه ناشی از ادم همراه و خون‌ریزی.
- دررفتگی کامل یا ناقص: درد، تغییر در شکل مفصل، تغییر در طول اندام، فقدان حرکت طبیعی و تغییر در محور استخوان‌های دررفته.

بررسی و روش‌های تشخیص

بررسی رادیوگرافیک جهت ارزیابی صدمه استخوان (برای مثال، شکستگی همراه با دور شدن عضو از بدن، که در آن قسمت‌های شکسته استخوان توسط لیگامن یا تاندون از هم دور می‌شوند)، که ممکن است همراه با پیچ‌خوردگی باشد.

M

درمان طبی

درمان طبی سیستم‌عضلانی اسکلتی شامل حمایت از قسمت صدمه دیده می‌باشد تا این که بهبودی کامل شود. درمان کوفتگی، کشیدگی و پیچ خوردگی شامل استراحت، استناده از یخ، بانداژ فشاری، و بالا نگه‌داشتن قسمت مبتلا (RICE: استراحت، یخ، فشار بالا نگه‌داشتن[1]) می‌باشد.

- یخ یا کمی سرمای خشک یا مرطوب بطور متناوب برای ۲۰ تا ۳۰ دقیقه در مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول بعد از صدمه بکار می‌رود تا انقباض وریدی ایجاد شده و خون‌ریزی، ادم و ناراحتی کاهش یابد. از سرمای بیش از حد پرهیز کنید زیرا می‌تواند موجب صدمه پوست و بافت شود.
- بانداژ الاستیک فشاری موجب کنترل خون‌ریزی، کاهش ادم و حمایت از بافت‌های صدمه دیده می‌شود.
- بسته به شدت صدمه، ورزشهای فعال و غیرفعال پیشرونده ممکن است بعد

1- RICE: rest, Ice, Compression, elevation

از ۲ تا ۵ روز شروع شوند.

- پیچ خوردگی شدید ممکن است پیش از شروع ورزشهای محافظتی نیازمند ۱ تا ۳ هفته بی حرکتی باشد.
- بهبودی کشیدگی، پیچ خوردگی هفته‌ها یا ماهها طول می‌کشد. اسپلینت عضو ممکن است جهت جلوگیری از صدمه مجدد به کار رود.
- در دررفتگی در حالی که بیمار به بیمارستان منتقل می‌شود مفصل مبتلا باید بی‌حرکت گردد.
- دررفتگی مفصل باید فوراً جا انداخته شوند (برگرداندن قسمتهای جابجا شده در وضعیت طبیعی) تا عملکرد مفصل حفظ گردد. مسکن‌ها، شل‌کننده‌های عضلانی و احتمالاً بیحسی ممکن است جهت تسهیل جا انداختن استفاده شوند.
- مفصل توسط بانداژ اسپلینت گچ یا تراکشن بی حرکت شده و در وضعیت ثابت حفظ می‌شود.
- چند روز تا چند هفته بعد از جا انداختن، حرکت آرام، پیشرونده فعال و غیر فعال ۳ تا ۴ بار در روز شروع شده تا حرکت در دامنه حرکتی حفظ شود و قدرت عضو بازگردانده شود.
- مفصل بین جلسات ورزش حمایت می‌شود.

تدابیر پرستاری

- داروهای مسکن را تجویز کرده و از روش‌های افزایش راحتی استفاده کنید.
- به‌طور مکرر وضعیت عصبی‌عروقی را ارزیابی کنید (برای مثال گردش‌خون، تحرک و حس).
- در مدت بهبودی از مفصل محافظت نمایید.
- به بیماری درباره درمان درد، داروها (مسکن‌ها و آنتی‌بیوتیکها)، مراقبت از گچ و زخم، عوارض احتمالی (برای مثال تغییر وضعیت عصبی عروقی، عفونت، گسیختگی پوست) و مراقبت از خود آموزش دهید.
- به بیمار استفاده مناسب از وسایل کمک حرکتی، فرایند بهبودی و محدودیتهای حرکت جهت تسریع بهبودی را آموزش دهید.
- به بیمار چگونگی مراقبت از وسایل بی‌حرکت‌کننده و چگونگی محافظت از

صدمه مجدد مفصل را آموزش دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

میاستنی گراویس Myasthenia Gravis

میاستنی گراویس یک اختلال خود ایمنی است که محل اتصال عصب و عضله را مبتلا می‌سازد. آنتی‌بادی‌ها (اغلب اتو آنتی‌بادی‌ها) گیرنده نوروترانسمیتر (استیل کولین) در پایانه عصب حرکتی را هدف قرار داده و انتقال تکانه‌ها به عضلات ارادی بدن را مختل می‌نمایند. ضعف بیش از حد و خستگی روی می‌دهد. زنان بین ۲۰ و ۴۰ سال و مردان بالای ۴۰ سال را مبتلا می‌سازد یک بیماری خود ایمنی در نظر گرفته می‌شود.

M

تظاهرات بالینی

MG یک اختلال حرکتی بدون تأثیر بر حس یا هماهنگی می‌باشد. نشانه‌ها شامل ضعف شدید عضلانی و احساس خستگی می‌باشند که بعد از فعالیت تشدید شده و با استراحت رفع می‌گردند. نشانه‌ها براساس عضلات مبتلا متفاوت هستند:

- علایم اولیه: دوبینی و پتوز.
- چهره مانند ماسک و خواب‌آلود است. زیرا عضلات صورت مبتلا می‌شوند.
- دیس فونی (اختلال در صوت) با صدای تودماغی یا مشکل در تلفظ
- مشکل در جویدن و بلع که می‌تواند خطر خفگی و آسپیراسیون را به‌وجود آورد.
- ضعف بازو و عضلات دست و در موارد کمتر شایع عضلات پاها.
- ضعف پیشرونده دیافراگم و عضلات بین دنده‌ای که ممکن است موجب دسترس تنفسی شود (اورژانس حاد).

بررسی و یافته‌های تشخیصی

- تشخیص اولیه براساس تاریخچه و معاینه جسمی گذاشته می‌شود. بیمار دارای نشانه‌های بینایی، بولبار یا ضعف متغیر به بررسی تشخیص MG نیاز خواهد داشت.

- تزریق ادروفونیوم (تنسیلون)[1] جهت تأیید تشخیص استفاده می‌شود (آتروپین برای عوارض جانبی در دسترس باشد). بهبود قدرت عضلانی نشانه آزمون مثبت بوده و معمولاً تشخیص را تأیید می‌کند.
- MRI ممکن است بزرگی غده تیموس را نشان دهد.
- آزمونها شامل بررسی سرم از نظر گیرنده استیل‌کولین و الکترومیوگرافیی (EMG) برای بررسی قدرت الکتریکی سلول‌های عضله می‌باشند.

عوارض

بحران میاستنیک

شروع ناگهانی ضعف عضله معمولاً نتیجه عدم مصرف یامصرف کم کولینرژیک‌ها می‌باشد. بحران میاستینیک ممکن است ناشی از پیشرفت بیماری، تحریک عاطفی، عفونت‌های سیستمیک، داروها، جراحی، یا تروما باشد. بحران با شروع ناگهانی دیسترس تنفسی حاد و ناتوانی برای بلع یا صحبت مشخص می‌گردد.

M

بحران کولینرژیک

با مصرف بیش از حد داروهای کولینرژیک یا ضدکولین‌استراز بحران کولینرژیک ایجاد شده که موجب ضعف عضله و تضعیف تنفس همچون بحران میاستنیک می‌شود. همچنین علایم گوارشی (تهوع، استفراغ، اسهال)، تعریق، افزایش بزاق و برادی‌کاردی به‌وجود می‌آیند.

درمان طبی

درمان در جهت بهبود عملکرد از طریق تجویز داروهای آنتی‌کولین‌استرازها و کاهش و رفع آنتی‌بادی‌های در گردش‌خون می‌باشد. بیماران مبتلا به MG معمولاً به‌صورت سرپایی درمان می‌شوند مگر این که بستری شدن در بیمارستان جهت کنترل نشانه‌ها یا عوارض ضرورت یابد.

1- Edrophonium (Tensilon)

داروهای آنتی‌کولین‌استراز

پیریدوستیگمین بروماید (مستینون)[1]، یا نئوستیگمین بروماید (پروستیگمین)[2] جهت افزایش پاسخ عضلات به تحریکات عصبی و بهبود قدرت عضلانی تجویز می‌شوند؛ اثرات داروها می‌توانند در مدت ۱ ساعت بعد از تجویز روی دهند.

درمان سرکوب سیستم‌ایمنی

درمان سرکوب سیستم‌ایمنی با هدف کاهش تولید آنتی‌بادی ضد گیرنده‌ای یا حذف آنها از طریق تعویض پلاسما صورت می‌گیرد. کورتیکواستروئیدها جهت سرکوب پاسخ ایمنی و کاهش مقدار آنتی‌بادی مهارکننده تجویز می‌شوند. تعویض پلاسما (پلاسما فرزیس[3]) موجب کاهش موقت در تیتر آنتی‌بادی‌های در گردش می‌شود. تیمکتومی[4] (جراحی برداشتن تیموس) باعث بهبودی قابل توجه بویژه در بیماران مبتلا به تومور یا هیپرپلازی غده تیموس می‌شود.

M

فرآیند پرستاری: بیمار با میاستنی‌گراونیس

بررسی

- تاریخچه سلامتی، متمرکز بر ضعف عضله (عضلات تنفسی و مری)، تغییرات چشم و بینایی و دانش بیمار و خانواده درباره بیماری و برنامه درمان دارویی.
- توانایی عملکردی بیمار و سیستم حمایتی وی را بررسی کنید تا خدمات مورد نیاز پس از ترخیص را تعیین نمایید.
- بررسی مداوم نارسایی تنفس ضروری است.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- الگوی تنفسی غیرمؤثر در ارتباط با ضعف عضله تنفسی.

1- Pyridostigmine bromide (Mestinone)

2- Neostigmine bromide (Prostigmine) 3- Plasmapheresis

4- Thymectomy

- اختلال تحرک جسمی در ارتباط با اختلال عصبی عضلانی و ضعف عضله.
- احتمال آسپیراسیون در ارتباط با ضعف عضلات بولبار.
- اختلال در برقراری ارتباط کلامی در ارتباط با ضعف عضلات تکلم.
- اختلال ادراک حسی در ارتباط با اختلال بینایی.

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

- بحران میاستینیک.
- بحران کولینرژیک.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی بیمار ممکن است شامل بهبود عملکرد تنفسی، افزایش تحرک جسمی، بهبود توانایی برقراری ارتباط، جلوگیری از آسپیراسیون و فقدان عوارض جانبی (بحران میاستینیک و کولینرژیک) باشد.

M

مداخلات پرستاری

بهبود عملکرد تنفسی

- وضعیت تنفسی را به‌طور مکرر بررسی کنید (تعداد و عمق تنفس و صداهای تنفسی) و نتایج آزمونهای عملکرد ریه را جهت تعیین مشکلات‌ریوی پیش از ایجاد تغییرات در میزان گازهای خون شریانی بررسی نمایید.
- فیزیوتراپی قفسه سینه، شامل تخلیه وضعیتی جهت حرکت ترشحات و ساکشن جهت خارج نبودن ترشحات را انجام دهید (تخلیه وضعیتی نباید تا ۳۰ دقیقه بعد از تغذیه لوله‌ای انجام شود). در صورت نیاز به بیمار اکسیژن تجویز کنید.
- ترسهای بیمار را پذیرفته و به وی اطمینان دهید. اگر احتمال نارسایی تنفسی قریب‌الوقوع به‌وجود دارد، اقدامات مناسب را آغاز کنید.
- از آرامبخش‌ها و خواب‌آورها پرهیز نمایید زیرا موجب تشدید هیپوکسی و هیپرکاپنه شده و می‌توانند باعث سرکوب تنفسی و قلبی گردند.

افزایش تحرک جسمی

- به بیمار درباره داروهای آنتی‌کولین استراز آموزش دهید: مکانیسم اثر، زمان‌بندی، مقدار مصرف، نشانه‌های افزایش مصرف و اثرات سمیت.
- بر اهمیت مصرف داروها در زمان مشخص جهت بهبود قدرت و استقامت تأکید کنید.
- بیمار را به ثبت نشانه‌ها تشویق نمایید.
- به بیمار درباره پرهیز از عوامل افزاینده ضعف و تشدید بحران میاستینیک آموزش دهید: تحریک عاطفی، عفونت (تنفسی)، فعالیت جسمی شدید، تماس با سرما و گرما.
- بیمار را به پوشیدن دستبند مشخصات توصیه کنید.
- به بیمار در مورد وسایل کمک به خود آموزش داده و در صورت لزوم فراهم کنید.

M

بهبود برقراری ارتباط

به بیماران مبتلا به ضعف عضلات تکلم روش‌های بهبود برقراری ارتباط (برای مثال، پلک زدن، تکان دادن انگشت دست و یا پا) آموزش دهید.

ارائه مراقبت از چشم

- به بیمار در سازگاری با اختلال بینایی (برای مثال بستن چشمها برای فواصل کوتاه، ریختن قطره‌های اشک مصنوعی جهت پیش‌گیری از صدمه قرنیه) کمک کنید.
- به بیمار استفاده از محافظ روی یک چشم هنگام دوبینی را پیشنهاد کنید و نیز استفاده از عینک آفتابی برای کاهش اثرات نور شدید (موجب افزایش مشکلات چشم می‌شوند) را توصیه نمایید.

پیش‌گیری از آسپیراسیون

- آبریزش از دهان، رگورژیتاسیون از بینی و خفگی حین تلاش برای بلعیدن را بررسی کنید.
- ساکشن را آماده و در دسترس نگهدارید.

- استراحت پیش از تغذیه را تشویق کنید؛ بیمار را در وضعیت نشسته کامل قرار دهید تا بلع تسهیل شود.
- غذاهای نرم که به راحتی بلع می‌شوند فراهم کنید.
- تغذیه را با زمان حداکثر اثر آنتی‌کولین استرازها هماهنگ کنید.
- در صورت ضرورت، با تغذیه از راه گاستروستومی به بیمار کمک نمایید.

بررسی و درمان عوارض جانبی احتمالی
بحران‌های میاستنیک و کولینرژیک

دیسترس تنفسی همراه با دیس‌فاژی (مشکل در بلع)، دیزآرتری (مشکل تکلم)، پتوز پلک، دو بینی و ضعف عضلات از نشانه‌های هر یک از بحران‌ها می‌باشند.

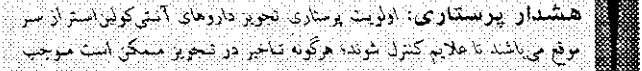
- کمک تهویه فوری فراهم کنید.
- در صورت نیاز ساکشن کنید.
- گازهای خون شریانی، الکترولیتهای سرم، جذب و دفع و وزن روزانه را بررسی نمایید.
- با لوله گذاری داخل تراشه و تهویه مکانیکی به بیمار کمک کنید؛ بیمار را در بخش مراقبت ویژه جهت بررسی مداوم بستری کنید.
- با تجویز ادروفونیوم داخل وریدی جهت تمیز دو نوع بحران از هم به بیمار کمک کنید؛ این دارو بحران میاستینیک را بهبود بخشیده اما به‌طور موقت بحران کولینرژیک را بدتر می‌کند. نئوستیگمین متیل‌سولفات برای بحران میاستینیک تجویز می‌شود.
- اگر بیمار قادر به بلع نیست، از طریق تغذیه لوله بینی معدی به بیمار کمک نمایید.
- از داروهای خواب آور و آرامبخش پرهیز کنید زیرا موجب تشدید هیپوکسی و هیپرکاپنه شده و می‌توانند موجب تضعیف تنفسی و قلبی شوند.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار در مورد مشاوره با پزشک پیش از مصرف هر نوع داروی جدید آموزش دهید. بسیاری از داروهای تجویز شده یا بدون نسخه پزشک، میاستنی‌گراویس را تشدید می‌کنند (آنتی‌بیوتیکها، داروهای قلبی - عروقی،

ضدتشنج‌ها و داروهای مؤثر بر روان، مورفین، کینین و داروهای مرتبط، بتابلوکرها و داروهای بدون نسخه پزشک).
- به بیمار اهمیت مصرف داروهای تجویز شده را بیاموزید.
- بیمار و خانواده را درباره اقدامات بحران، روش‌های رفع نیازهای روزانه و راههای سازگاری با بیماری را بیاموزید.
- به خانوادهٔ بیمار روش‌های اورژانس را که ممکن است مورد نیاز باشند آموزش دهید؛ فرصتی برای تمرین این روش‌ها فراهم کنید.


هشدار پرستاری: اولویت پرستاری تجویز داروهای آنتی‌کولین‌استر از سر موقع می‌باشد تا علایم کنترل شوند؛ هرگونه تأخیر در تجویز ممکن است موجب ناتوانی در بلع شود.

ادامه مراقبت

M

بیمار را درباره گروههای جامعه و حمایتی انجمن میاستنی‌گراویس آگاه نمایید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار
- به عملکرد تنفسی کافی دست یافته است
- با اختلال تحرک سازگار می‌باشد
- آسپیراسیون را تجربه نمی‌کند
- از روش‌های برقراری ارتباط استفاده می‌نماید
- توانایی برای دیدن اشیاء و افراد در محیط را گزارش می‌دهد
- از بحران میاستینیک و کولینرژیک بهبودی می‌یابد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۴، درستامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

آنفارکتوس میوکارد Myocardial Infarction

آنفارکتوس میوکارد (MI) به فرایندی اطلاق می‌شود که طی آن بافت میوکارد در نواحی از قلب تخریب شده که ناشی از کاهش خون‌رسانی به‌علت کاهش

جریان خون شریان کرونری می‌باشد. علت معمولاً تنگی شریان کرونر ناشی از آترواسکلروزیس یا انسداد کامل شریان در اثر آمبولی یا ترومبوز می‌باشد. کاهش جریان خون‌کرونر ممکن است ناشی از اسپاسم شریان کرونر، کاهش اکسیژن‌رسانی (برای مثال شوک و خون‌ریزی) یا افزایش تقاضا برای اکسیژن (برای مثال، تاکی کاردی، تیروتوکسیکوز یا مصرف کوکائین) باشد. در هر مورد، عدم تعادل شدید بین اکسیژن‌رسانی میوکارد و تقاضای اکسیژن وجود دارد. MI ممکن است براساس محل صدمه به عضله قلب یا ویژگی زمانی فرایند آنفارکتوس (حاد، قدیمی) طبقه‌بندی شود.

تظاهرات بالینی

- درد قفسه‌سینه که ناگهانی ایجاد شده و علی رغم استراحت و دارو تداوم می‌یابد، نشانهٔ اولیه است. ECG ممکن است طبیعی یا غیرطبیعی باشد.
- در بسیاری موارد، علایم و نشانه‌ها از علایم آنژین بی‌ثبات قابل تمیز نیستند.
- درد ممکن است به فک، شانه‌ها، گردن و بازو (معمولاً سمت چپ) منتشر شود.
- درد ممکن است با پوست سرد، رنگ پریده و مرطوب، تعریق، تاکی‌کاردی و تاکی‌پنه در صورت تحریک سیستم عصبی سمپاتیک همراه باشد.
- بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس ممکن است درد شدید را تجربه نکنند زیرا نروپاتی همراه با دیابت می‌تواند درگیرنده‌های عصبی اختلال ایجاد کرده و درد خفیف احساس شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- تاریخچه بیمار (توصیف علایم موجود؛ تاریخچه بیماری‌های قلبی و تاریخچه سلامت خانوادگی و بویژه بیماری قلبی) تاریخچه گذشته نیز باید شامل اطلاعاتی درباره عوامل خطر بیماری قلبی باشد.
- ECG تا ۱۰ دقیقه از شروع درد یا بعد از رسیدن به بخش اورژانس
- بررسی دوره‌ای آنزیم‌ها و ایزوآنزیم‌ها (کراتین‌کیناز و ایزوآنزیم‌ها)، میوگلوبین و تروپونین.

ملاحظات سالمندی

ملاحظات سالمندی برای MI همانند آنژین است. میزان مرگ و میر در

سالمندان (بالای ۶۵ سال سن) مبتلا به MI حاد بالاتر است سن، سایر بیماریها و شرایط قبل از بیماری ممکن است باعث شوند، بیمار درمان ضروری برای MI حاد را دریافت نکند.

درمان طبی

اهداف درمان طبی شامل به حداقل رساندن صدمه میوکارد، حفظ عملکرد میوکارد و پیش‌گیری از عوارض جانبی همچون دیس ریتمی کشنده و شوک کاردیوژنیک می‌باشند.

- تجویز اکسیژن در شروع درد قفسه‌سینه آغاز می‌شود.
- پرفیوژن مجدد از طریق استفاده اورژانسی از داروهای ترومبولیتیک یا مداخله کرونری از طریق پوست (PCI).
- بای‌پس شریان کرونر یا بای پس مستقیم شریان کرونر با حداقل تهاجم[1] (MIDCAB).

M

درمان دارویی

- نیتراتها (نیتروگلیسرین) جهت افزایش اکسیژن‌رسانی.
- ضدانعقادها (هپارین).
- مسکن‌ها (سولفات مورفین).
- مهارکننده آنزیم تبدیل کنند آنژیوتانسین (ACE).
- بتابلوکرها در ابتدا و ادامه مصرف بعد از ترخیص از بیمارستان.
- ترومبولیتیک‌ها (استروپتوکیناز[2])، فعال‌کننده پلاسمینوژن نوع‌بافتی[3] t-PA، آلتپلاز (اکتیواز[4] رتپلاز[5] [TNkase, r-PA]، آنیسترپلاز امینار:[6]) در صورت تجویز فوراً بعد از شروع درد قفسه‌سینه و پیش از وقوع نکروز بافتی، بسیار مؤثر هستند.

1- Minimally Invasive Direct Coronary Artery Bypass

2- Streptokinase

3- Tissue - type plasminogen activator

4- Alteplase (Activase)

5- Reteplase

6- Anistreplase (Eminase)

فرآیند پرستاری: بیمار با انفارکتوس میوکارد

بررسی

اطلاعات پایه در مورد وضعیت کنونی بیمار جهت مقایسه با وضعیت در حال پیشرفت بیمار کسب کنید. تاریخچه درد قفسه‌سینه یا ناراحتی، تنگی نفس، تپش قلب، ضعف یا تعریق را بگیرید. معاینه کامل جسمی را انجام دهید زیرا جهت تعیین عوارض جانبی و هرگونه تغییر در وضعیت حیاتی است. بررسی باید شامل موارد ذیل باشد:

- سطح هوشیاری را بررسی کنید.
- درد قفسه‌سینه (مهمترین یافته بالینی) را ارزیابی نمایید.
- تعداد و ریتم ضربان‌قلب را بررسی کنید؛ دیس ریتمی ممکن است نشانه اکسیژناسیون ناکافی میوکارد باشد.
- صداهای قلبی را بررسی کنید؛ S_3 می‌تواند علامت اولیه نارسایی قریب‌الوقوع بطن چپ باشد.
- فشار خون را جهت تعیین پاسخ به درد و درمان بررسی کنید؛ به فشار نبض توجه نمایید، ممکن است بعد از MI باریک شود که نشانه انقباض غیرمؤثر بطن می‌باشد.
- نبضهای محیطی را بررسی کنید: تعداد، ریتم و حجم.
- رنگ و درجه حرارت پوست را ارزیابی نمایید.
- در فواصل معین ریه‌ها را جهت بررسی علایم نارسایی بطن (کراکل در قاعده ریه) سمع کنید.
- حرکت روده‌ها را بررسی کنید. ترومبوز شریان مزانتریک عارضه کشنده بالقوه است.
- برون ده ادراری را بررسی و ادم را کنترل کنید؛ علامت اولیه شوک کاردیوژنیک، هیپوتانسیون همراه با اولیگوری می‌باشد.
- محل‌های لول‌های وریدی را به دفعات معاینه کنید

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- درد حاد

- کاهش پرفیوژن میوکارد در ارتباط با کاهش جریان خون کرونری در اثر ترومبوز کرونری و پلاک آترواسکلروتیک.
- احتمال اختلال در تبادل گازی در ارتباط با افزایش بار مایع ناشی از اختلال در عملکرد بطن چپ.
- احتمال پرفیوژن ناکافی بافت محیطی در ارتباط با کاهش برون ده قلب در اثر عملکرد بطن چپ.
- اضطراب در ارتباط با ترس از مرگ.
- کمبود آگاهی درباره مراقبت از خود بعد از MI.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- دیس ریتمی و ایست قلبی.
- ادم حاد ریوی.
- نارسایی قلب.
- ترومبو آمبولیسم.
- پارگی میوکارد.
- افوزیون پریکارد و تامپونادقلبی.

M

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی بیمار شامل کاهش نشانه‌های ایسکمی (درد قفسه‌سینه، تغییرات سگمان ST)، فقدان مشکلات تنفسی، پرفیوژن کافی بافتی، کاهش اضطراب، تبعیت از برنامه مراقبت از خود و پیش‌گیری یا تشخیص به موقع عوارض جانبی می‌باشند.

مداخلات پرستاری

تسکین درد قفسه‌سینه

- وازودیلاتور (برای مثال نیتروگلیسرین)، ضدانعقاد (هپارین) و آسپرین را طبق دستور جهت محافظت از عضله قلب تجویز کنید.
- اگر بیمار از نظر بالینی واجد شرایط لازم باشد، درمان ترومبولتیک را ارائه دهید.
- داروهای مسکن (سولفات مورفین) را تجویز کنید.

- اکسیژن را همزمان با مسکن جهت اطمینان از حد اکثر تسکین درد تجویز نمایید (استنشاق اکسیژن درد ناشی از کاهش اکسیژن در گردش‌خون را می‌کاهد).
- هنگامی که بیمار درد را تجربه می‌کند، علایم حیاتی را بررسی کنید.
- به بیمار جهت استراحت با بالا قراردادن سر تخت یا استراحت در صندلی قلبی برای کاهش ناراحتی قفسه‌سینه و تنگی نفس کمک نمایید.

هشدار پرستاری: تسکین درد شاخص بالینی اصلی است که دریافت و تقاضای اکسیژن توسط میوکارد در تعادل می‌باشد.

بهبود عملکرد تنفسی

- عملکرد تنفسی را جهت تعیین علایم اولیه عوارض جانبی بررسی کنید.
- به وضعیت حجم مایع جهت پیش‌گیری از افزایش بار قلب و ریه‌ها توجه کنید.
- بیمار را به تنفس عمیق و تغییر وضعیت جهت پیش‌گیری از تجمع مایع در قاعده ریه تشویق نمایید.

بهبود پرفیوژن کافی بافتی

- بیمار در تخت یا صندلی استراحت کند تا بار کاری قلب کاهش یابد.
- درجه حرارت پوست و نبض‌های محیطی به‌طور مکرر بررسی شوند تا پرفیوژن کافی بافتی تعیین گردند.
- اکسیژن جهت افزایش اکسیژن در گردش‌خون تجویز شود.

کاهش اضطراب

- ارتباط همراه با اعتماد و مراقبتی با بیمار برقرار کنید.
- فرصتهای مکرر و با حفظ خلوت جهت بیان نگرانیها و ترسها فراهم نمایید.
- جو همراه با پذیرش فراهم کنید تا به بیمار در دانستن این که او احساساتش منطقی و طبیعی هستند، کمک شود.

بررسی و درمان عوارض جانبی

علایم و نشانه‌های مهم (علایم شروع عوارض) را به دقت کنترل کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- درباره فرایند بیماری آموزش دهید.
- با بیمار جهت تدوین یک برنامه برای رفع نیازهای اختصاصی جهت افزایش پذیرش همکاری کنید.

آمادگی جهت نوتوانی قلبی

اهداف نوتوانی برای بیمار مبتلا به MI بهبود کیفیت زندگی می‌باشند. اهداف فوری محدودکردن اثرات و پیشرفت آترواسکلروزیس، بازگرداندن بیمار به سطح قبلی فعالیت و سبک زندگی، بهبود وضعیت روانی، اجتماعی و تفریحی، و پیش‌گیری از سایر بیماریهای قلبی هستند.

- فعالیت جسمی و تربیت جسمی را تشویق کنید.
- بیمار و خانواده را آموزش دهید.
- در صورت نیاز اقدامات مشاوره‌ای و رفتاری فراهم کنید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- تسکین درد را تجربه می‌کند.
- علایم مشکلات تنفسی را نشان نمی‌دهد.
- پرفیوژن کافی بافتی را حفظ می‌کند.
- کاهش اضطراب را بیان می‌نماید.
- از برنامه مراقبت از خود تبعیت می‌کند.
- فقدان عوارض جانبی را تجربه می‌کند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۱، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

میوکاردیت Myocarditis

میوکاردیت حاد فرایند التهابی میوکاردیت است. زمانی که فیبرهای‌عضلانی قلب صدمه ببینند، زندگی تهدید می‌شود. میوکاردیت معمولاً ناشی از فرایند عفونی (برای مثال ویروسی، باکتریایی، قارچی، انگلی، تک‌یاخته‌ای‌ها یا اسپیروکت‌ها) می‌باشد. ممکن است در اثر عفونت‌های سیستمیک همچون تب روماتیسم، در بیماران دریافت‌کننده درمان سرکوب‌ایمنی یا در مبتلایان به آندوکاردیت به‌وجود آید. میوکاردیت می‌تواند موجب دیلاتاسیون قلب، ترومبوز جداری (در دیواره قلب)، انفیلتراسیون سلول‌های‌خونی اطراف عروق‌کرونر و بین فیبرهای عضلانی، و دژنراسیون فیبرهای‌عضلانی شود.

تظاهرات بالینی

- تظاهرات بالینی به نوع عفونت، میزان صدمه میوکارد و ظرفیت میوکارد برای بهبودی بستگی دارند.
- نشانه‌ها ممکن است متوسط یا خفیف باشند یا وجود نداشته باشند.
- بیمار ممکن است خستگی، تنگی نفس، تپش قلب و ناراحتی در قفسه سینه و بالای شکم را گزارش دهد.
- بیمار ممکن است دچار نارسایی شدید احتقانی قلب یا مرگ ناگهانی قلبی شود.
- در صورتی‌که میوکاردیت همراه با پریکاردیت باشد، فرکشن‌راب پریکارد ممکن است سمع شود.
- نبض آلترنانس[1] ممکن است وجود داشته باشند.
- تب و تاکی کاردی شایع هستند و ممکن است نشانه‌های نارسایی احتقانی قلب به وجود آیند.

بررسی و روش‌های تشخیص

بزرگی قلب، صداهای ضعیف قلبی، ریتم ناگالوپ و سوفل سیستولیک ممکن است در بررسی بالینی یافت شوند. تشخیص براساس بیوپسی آندومیوکارد تائید می‌شود.

1- Alternans

درمان طبی

واکسیناسیون مناسب و درمان به موقع جهت کاهش میزان بروز میوکاردیت توصیه می‌شود. اگر میوکاردیت ایجاد شود، درمان شامل درمان علت زمینه‌ای و روش‌های ذیل می‌باشد.

- استراحت در تخت جهت کاهش بارکاری قلب و پیش‌گیری از عوارض جانبی توصیه می‌شود.
- بررسی مداوم قلبی در صورت بروز دیس ریتمی.
- دارو جهت کاهش تعداد ضربان‌قلب و بهبود انقباض قلبی (دیژیتال) زمانی که علایم نارسایی احتقانی قلب وجود دارد.

تدابیر پرستاری

- به دلیل این که بیماران مبتلا به میوکاردیت به دیژیتال حساس هستند، علایم سمیت دیژیتال (دیس ریتمی، بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، برادی‌کاردی، سردرد، ضعف) را بررسی نمایید.
- استفاده از جوراب الاستیک و ورزش‌های فعال و غیرفعال را جهت پیش‌گیری از ترومبوز آموزش دهید.
- به بیمار درباره افزایش فعالیت جسمی به آرامی و گزارش هر گونه علایم همراه با افزایش فعالیت (همچون افزایش تعداد ضربان‌قلب) آموزش دهید.
- بیمار را در مورد پرهیز از ورزشهای رقابتی و الکل آموزش دهید.
- اگر بیمار دچار نارسایی قلبی شود، مراقبت اساساً مشابه درمان برای تمام علل نارسایی قلبی می‌باشد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.



سندرم نفروتیک Nephrotic Syndrome

سندرم نفروتیک بیماری اولیه گلومرولی می‌باشد که با پروتئین اوری، هیپوآلبومینمی، ادم و هیپرلیپیدمی مشخص می‌گردد. در هر شرایطی دیده می‌شود و به شدت به غشاء مویرگهای گلومرولی صدمه زده و موجب افزایش نفوذپذیری گلومرولی همراه با دفع پروتئین در ادرار می‌شود. معمولاً در دوران کودکی روی می‌دهد، ولی در بزرگسالان از جمله سالمندان نیز ایجاد می‌شود. علل شامل گلومرولونفریت مزمن و دیابت ملیتوس و سایر بیماریها می‌باشند.

تظاهرات بالینی

- نشانه اصلی ادم می‌باشد (معمولاً دور چشم، در نواحی وابسته [ساکروم، قوزک پا و دستها] و آسیت).
- ضعف، سردرد، تحریک پذیری و خستگی.

بررسی و روش‌های تشخیص

- الکتروفورز پروتئین و ایمونوالکتروفورز جهت تعیین نوع پروتئین اوری.
- مارکرهای سرم ($Anti\text{-}C1_q$).
- پروتئین اوری (بیش از روز / g ۳ تا ۳/۵).
- هماچوری میکروسکوپی، کست‌های ادراری.
- بیوپسی سوزنی کلیه جهت بررسی بافت شناسی برای تائید تشخیص.

درمان طبی

هدف از درمان حفظ عملکرد کلیه و پیشگیری از عوارض می‌باشد.

- استراحت در تخت برای چند روز جهت ایجاد دیورز و کاهش ادم.
- محدودیت غذایی از نظر پروتئین و کلسترول برای پایین‌آوردن لیپیدمی
- کاهش سدیم، چربی اشباع‌شده، پتاسیم به اندازه کافی.

درمان دارویی

- دیورز جهت ادم شدید، در ترکیب با مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACE).
- آدرنوکورتیکواستروئیدها برای کاهش پروتئین‌اوری.
- داروهای ضدنئوپلاسم (سیتوکسان)[1] یا سرکوب‌کننده سیستم‌ایمنی (ایموران[2]، لوکران[3] یا سیکلوسپورین[4]).

مراقبت پرستاری

- در مراحل اولیه، مراقبت پرستاری مشابه گلومرولونفریت حاد است.
- با پیشرفت بیماری مراقبت مشابه نارسایی مزمن کلیه می‌باشد.
- جذب و دفع را بررسی کنید؛ به‌علایم کاهش حجم پلاسما و اختلال در گردش‌خون همراه با نارسایی حاد کلیه به علت شرایط پیش از کلیه توجه نمایید.
- به بیمار دریافت‌کننده استروئیدها یا سیکلوسپورین درباره دارو و علایم و نشانه‌هایی که باید به پزشک گزارش دهد، آموزش دهید.
- به بیمار درباره انتخاب رژیم غذایی پر پروتئین با محدودیت کلسترول و چربی آموزش دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۴، درمانه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

1- Cytoxan
2- Imuran
3- Leukeran
4- Cyclosporine



چاقی مرضی Obesity, Morbid

چاقی مرضی اصطلاح مورد استفاده برای افراد دارای وزن بیش از ۱۰۰ پوند از وزن ایده آل بدن، افراد با وزن دو برابر وزن ایده آل بدن یا شاخص توده بدنی (BMI) بیش از $30 kg/m^2$ (BMI وزن بیمار برحسب پوند تقسیم بر قد بیمار بر حسب اینچ ضربدر ۷۰۴/۵ می‌باشد) می‌باشد. بیماران مبتلا به چاقی شدید در خطر مشکلات سلامتی همچون بیماری قلبی ـ عروقی، آرتریت، برونشیت آسمی و دیابت می‌باشند. آنها غالباً از اعتماد به نفس کم، تصویر ذهنی مختل از جسم خود و افسردگی رنج می‌برند.

درمان طبی

رژیم کاهش وزن همراه با اصلاحات رفتاری و ورزش معمولاً موفقیت‌آمیز نیستند. افسردگی می‌تواند با استفاده از بوپروپیون هیدروکلراید (ول بوترین[1]) درمان شود. برخی پزشکان طب سوزنی و هیپنوتیزم را پیش از جراحی را توصیه می‌کنند.

درمان دارویی

- سیبوترامین هیدروکلراید (مریدیا)[2] از طریق مهار باز جذب سرتونین و نوراپی‌نفرین اشتها را می‌کاهد. موارد احتیاطی مصرف دارو را بررسی کنید.
- اورلیستات (گزنیکال)[3] از طریق مهار هضم‌تری‌گلیسریدها دریافت کالری را می‌کاهد. عوارض جانبی را مرور کنید؛ مولتی‌ویتامین‌ها معمولاً توصیه می‌شوند.

1- Bupropion Hydrochloride (wellbutrin)

2- Sibutramine Hel (Meridia) 3- Orlistat (Xenical)

درمان جراحی

- جراحی باریاتریک[1] (جراحی برای چاقی مرضی) شامل روش‌های محدود نمودن معده همچون بای‌پس معده و گاستروپلاستی با بستن نوار عمودی (از طریق لاپاراسکوپی یا روش جراحی باز) می‌باشد.
- اعمال جراحی بدن بعد از کاهش وزن شامل لیپوپلاستی[2] برای برداشتن بافت‌های چربی یا پانیکولکتومی[3] برای برداشتن چین‌های پوستی اضافی شکم می‌باشند.

فرآیند پرستاری: بیمار با جراحی چاقی مرضی

بررسی

احتمال عوارض جانبی همراه با جراحی برای درمان چاقی مرضی را بررسی کنید: پریتونیت، انسداد استوما، زخمهای استوما، آتکلتازی و پنومونی، ترومبوآمبولی و عدم تعادل متابولیک ناشی از استفراغ و اسهال طولانی مدت.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- احتمال عفونت و خون‌ریزی.
- درد و ناراحتی در ارتباط با برش جراحی.
- عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن در ارتباط با وضعیت هیپرمتابولیک، بی‌اشتهایی، موکوزیت، درد و تهوع.
- اختلال تصویر ذهنی از خود در ارتباط با تغییر ظاهر
- کمبود آگاهی درباره درمان، عارضه درمان و روش‌های مراقبت از خود.

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

- عفونت.

1- Bariatric
2- Lipoplasty
3- Panniculectomy

● خون‌ریزی.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی ممکن است شامل مراقبت از خود، دستیابی و حفظ وزن ایده‌آل، تغذیه کافی، تصویر مثبت از جسم خود، درد فرایند بعد از جراحی و درمان آن و فقدان عوارض جانبی باشند.

مداخلات پرستاری

● شش وعده غذایی با ۶۰۰ تا ۸۰۰ کالری در روز فراهم کنید (بعد از بازگشت صداهای روده و آغاز تغذیه خوراکی).
● مصرف مایع جهت پیش‌گیری از دهیدراسیون را تشویق کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

● به بیمار توصیه کنید که معمولاً وی بعد از ۴ تا ۵ روز با دستورات غذایی مرخص خواهد شد.
● توضیح دهید که عدم تبعیت از دستورات غذایی، همچون خوردن بیش از حد یا بسیار سریع یا خوردن غذاهای نرم و مایعات پرکاری احتمالاً موجب استفراغ و اتساع دردناک مری می‌شود.
● به بیمار بیاموزید که تشنگی بیش از حد یا تغلیظ ادرار (علامتِ دهیدراتاسیون) را گزارش دهد.
● در مورد اصلاحات روانی اجتماعی ضروری بحث کنید: تغییرات در رفتارهای غذایی و سازگاری با تغییرات در تصویر ذهنی از بدن.
● بیمار را به برنامه‌ریزی و انجام ماهیانه ملاقات‌های سرپایی تشویق کنید.
● بیمار را به بررسی عوارض جانبی طولانی مدت از جمله افزایش احتمال سنگ‌های صفراوی، کمبودهای غذایی و احتمال افزایش مجدد وزن آموزش دهید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

فقدان عوارض جانبی را تجربه می‌کند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل‌های ۱۸ و ۳۷ درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Osteoarthritis (Degenerative Joint Disease)

استئوآرتریت (بیماری دژنراتیو مفصل)

استئوآرتریت (OA)، معروف به بیماری دژنراتیو مفصل یا استئوآرتروز، شایع‌ترین اختلال مفصل می‌باشد. استئوآرتریت با کاهش پیش‌رونده غضروف مفصلی مشخص می‌شود. علاوه بر سن، سایر عوامل خطر OA شامل جنس مؤنث، استعداد ژنتیکی، چاقی، تنش مکانیکی بر مفصل، صدمه مفصل، اختلالات مادرزادی و تکاملی ران، سابقه اختلالات استخوان و مفصل، بیماری‌های التهابی مفصل و بیماری‌های آندوکرین و متابولیک می‌باشند. OA به انواع اولیه (ایدیوپاتیک) و ثانویه (مربوط به عوامل خطر) طبقه‌بندی می‌شود.

O

تظاهرات بالینی

- درد، سفتی مفاصل و اختلال عملکردی تظاهرات بالینی اولیه هستند.
- سفتی مفصل در صبح بعد از برخاستن از خواب شایع است. معمولاً کمتر از ۳۰ دقیقه طول کشیده و موجب کاهش تحرک می‌شود.
- اختلال عملکردی ناشی از درد هنگام حرکت و محدودیت حرکت مفصل هنگام ایجاد تغییرات ساختاری می‌باشد.
- OA غالباً در مفاصل تحمل‌کننده وزن (ران، زانو، مهره‌های گردنی و کمری) روی می‌دهند؛ مفاصل انگشت نیز مبتلا می‌گردند.
- گره‌های استخوانی ممکن است ایجاد شوند (بدون درد مگر اینکه التهاب به وجود آید).

بررسی و روش‌های تشخیص

- کلیشه‌های رادیوگرافی کاهش فضا و استئوفیت[1] در حاشیه‌های مفصل و در استخوان ساب کوندرال را نشان می‌دهند. این دو یافته‌ها حساس و اختصاصی هستند.
- بررسی‌های سرم جهت تشخیص این اختلال مفید هستند.
- ارتباط ضعیفی بین درد مفصل و سینوویت وجود دارد.

درمان طبی

درمان بر کاهش و درمان نشانه‌ها متمرکز است زیرا روش درمانی جهت توقف فرایند OA وجود ندارد.

پیش‌گیری

- کاهش وزن.
- پیش‌گیری از صدمات.
- غربالگری پریناتال برای بیماری مادرزادی مفصل ران.
- اصلاحات ارگونومیک.

درمان دارویی

- استامینوفن؛ در صورتی که نشانه‌های مفصل وجود ندارد تجویزی داروهای ضدالتهابی غیراستروئید.
- مهارکننده جدید COX-2(برای بیماران مبتلا به خطر فزاینده خون‌ریزی گوارش).
- مسکن‌های موضعی همچون کاپسایسین[2] و متیل‌سالیسیلات[3].
- روش‌های درمانی جدید: گلوکوزامین[4] و کونوروتین؛ ویزکوساپلمنتیشن (تزریق داخل مفصلی اسیدهیالورونیک)؛ تزریق داخل مفصلی کورتیکواستروئیدها برای التهاب حاد مفصل (تنها برای مدت کوتاه).

1- Osteophytes
2- Capsaicin
3- Methylsalicylate
4- Glucosamine

روش‌های محافظه کارانه

- گرما، کاهش، وزن استراحت مفصل و اجتناب از استفاده بیش از حد از مفصل.
- وسایل ارتوتیک برای حمایت مفاصل ملتهب (اسپلینت، بریس).
- ورزش‌های ایزومتریک و وضعیتی و ورزش آئروبیک.
- کاردرمانی و فیزیوتراپی.

درمان جراحی

زمانی به کار می‌رود که درد غیرقابل تحمل باشد و عملکرد مفصل مختل شده باشد.

- شستشوی جزومدی، استئوتومی
- آرتروپلاستی مفصل (تعویض) در بیماران مبتلا به بیماری در مرحله انتهایی استفاده می‌شود.

تدابیر پرستاری

مراقبت پرستاری از بیمار مبتلا به OA معمولاً مشابه برنامه مراقبتی برای بیمار مبتلا به بیماری روماتیک می‌باشد (به آرتریت روماتوئید توجه کنید). درمان درد و بهبود توانایی عملکردی اهداف اصلی اقدامات پرستاری می‌باشند و کمک به بیمار جهت درک فرایند بیماری و الگوی نشانه‌ها جهت برنامه درمانی حیاتی است.

- به بیماران جهت درمان چاقی (کاهش وزن و افزایش فعالیت آئروبیک) و سایر مشکلات سلامتی یا بیماری کمک کنید.
- بیمار جهت فیزیوتراپی یا برنامه ورزشی ارجاع دهید.
- در صورت نیاز استفاده از عصا یا سایر وسایل کمکی برای حرکت را تشویق کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۴، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

استئومالاسی Osteomalacia

استئومالاسی بیماری متابولیک استخوان می‌باشد که با مینرالیزه شدن ناکافی استخوان مشخص می‌شود نقص اولیه مربوط به کمبود ویتامین D فعال (کلسیتریول[1]) بوده که موجب عدم تعادل کلسیم و فسفات و کلسیفیکاسیون / مینرالیزه شدن ناقص استخوان. توسط کلسیم می‌شود. استئومالاسی در اثر اختلال در جذب کلسیم (سوء جذب) یا افزایش از دست‌دادن کلسیم (بیماری سلیاک، انسداد مجرای صفراوی، پانکراتیت مزمن، برداشتن جراحی قسمتی از روده) و فقدان ویتامین D (بیماری کبد و کلیه) به‌وجود می‌آید. عوامل خطر دیگر شامل کمبودهای غذایی، سوء جذب، گاستركتومی، نارسایی مزمن کلیه، درمان طولانی مدت با ضدتشنج‌ها و کمبود ویتامین D (برای مثال ناشی از مصرف ناکافی یا تماس ناکافی با نور خورشید) می‌باشند.

تظاهرات بالینی

- درد استخوان و تندرنس.
- ضعف عضله ناشی از کمبود کلسیم.
- مثل اردک راه رفتن یا لنگیدن، در بیماری پیشرفته‌تر پاها شکل خمیده پیدا می‌کنند.
- شکستگی‌های پاتولوژیک.
- مهره‌های نرم به هم فشرده می‌شوند، تنه بیمار کوتاه شده و قفسه سینه تغییر شکل می‌یابد (کیفوز).
- ضعف و عدم ثبات، احتمال سقوط و شکستگی را افزایش می‌دهد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- رادیوگرافی: بیوپسی استخوان (نشانه افزایش استخوان مانند[2]).
- بررسی‌های آزمایشگاهی، کاهش میزان کلسیم و فسفر سرم، افزایش متوسط آلکالین فسفاتاز، کاهش کلسیم ادرار و دفع کراتینین.

1- Calcitriol 2- Osteoid

ملاحظات سالمندی

مصرف کافی کلسیم و ویتامین D و مواد معدنی را در سالمندان ترویج دهید. بیمار را به استفاده از نور خورشید در ساعاتی خاص تشویق کنید. با پیشگیری، تشخیص و درمان استئومالاسی از بروز شکستگی‌ها بکاهید. زمانی که استئومالاسی با استئوپروز ترکیب شود، میزان بروز شکستگی افزایش می‌یابد.

درمان طبی

- علت زمینه‌ای در صورت امکان تصحیح می‌شود (برای مثال، اصلاحات غذایی، مکمل‌های ویتامین D و کلسیم، نور خورشید).
- بررسی طولانی مدت جهت اطمینان از تثبیت وضعیت یا بهبود بیماری صورت می‌گیرد.
- تغییر شکل‌های ارتوپدیک ممکن است بابریس یا جراحی (استئوتومی) درمان شوند.
- روش‌های فیزیکی، روانشناختی و دارویی جهت کاهش درد و ناراحتی به‌کار می‌روند.

O

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به استئومالاسی

بررسی

- درد عمومی استخوان در پشت و اندام‌ها همراه با تندرنس را بررسی نمایید.
- وجود شکستگی را بررسی کنید.
- اطلاعاتی درباره بیماری‌های همراه (سندرم سوء جذب) و عادات غذایی کسب کنید.
- هنگام معاینه فیزیکی ناهنجاری‌های اسکلتی و هرگونه ضعف عضلانی را ثبت کنید.

تشخیص‌های پرستاری

- کمبود آگاهی درباره فرایند بیماری و برنامه درمان.
- درد در ارتباط با تندرنس استخوان و شکستگی احتمالی.
- تغییر تصویر ذهنی از جسم خویش د. ارتباط با پاهای خمیده، مانند اردک راه رفتن، دفورمیتی نخاعی.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی ممکن است شامل آگاهی از فرایند بیماری و برنامه درمانی، تسکین درد و بهبود مفهوم از خود باشند.

مداخلات پرستاری

تسکین درد

- از طریق روش‌های فیزیکی و روان شناختی و داروها بیمار را جهت کاهش ناراحتی کمک کنید.
- جهت کاهش ناراحتی ناشی از بی‌حرکتی به‌طور مکرر بیمار را تغییر وضعیت دهید.
- در صورت نیاز داروهای مسکن را طبق دستور پزشک تجویز نمایید.

بهبود تصویر ذهنی از جسم خویش

- ارتباط مبتنی بر اعتماد با بیمار برقرار کرده و وی را به بحث درباره هرگونه تغییرات در تصویر ذهنی از جسم خویش و روش‌های سازگاری تشویق کنید.
- بیمار را به شناسایی و استفاده از قدرت‌های موجود تشویق نمایید.
- بیمار را در برنامه ریزی مراقبتی جهت بهبود خود کنترلی و احساسات خود ارزشی شرکت دهید.

آموزش مراقبت از خود به بیماران

- به بیمار درباره علت استئومالاسی و رویکردهای کنترل آن آموزش دهید.
- به بیمار درباره منابع غذایی کلسیم و ویتامین D و استفاده ایمن از مکمل‌های ویتامین آموزش دهید.
- بیمار را آگاه کنید که مقادیر زیاد ویتامین D سمی است و احتمال هیپرکلسمی را می‌افزاید.
- به اهمیت بررسی میزان کلسیم سرم توجه کنید.
- فعالیت‌های خارجی از منزل جهت تماس پوست با نور خورشید تشویق نمایید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

استئومیلیت Osteomyelitis

استئومیلیت عفونت استخوان است. ممکن است در اثر گسترش عفونت‌های بافت نرم به استخوان یا آلودگی مستقیم استخوان (برای مثال، جراحی استخوان، زخم ناشی از گلوله) یا هماتوژنوس (با منشاء خونی)، انتشار از سایر محل‌های عفونت ایجاد شود. استافیلکوکوک آرئوس ۷۰٪ تا ۸۰٪ عفونت‌های استخوانی را تشکیل می‌دهد.

سایر ارگانیسم‌های پاتوژن که غالباً یافت می‌شوند شامل پروتئوس و گونه‌های سودوموناس و اشرشیا کلی می‌باشند. عفونت‌های گرم منفی بیمارستانی مقاوم به پنی‌سیلین و غیر هوازی افزایش می‌یابند. بیماران در معرض خطر عبارتند از: بیماران با تغذیه ضعیف، چاق و سالمند؛ افراد مبتلا به نقص سیستم ایمنی و بیماری مزمن (برای مثال دیابت) ؛ و افراد تحت درمان با کورتیکواستروئیدها برای مدت طولانی. بیماری ممکن است از طریق درمان و کنترل عفونت‌های موضعی و بافت نرم پیش‌گیری شود.

O

تظاهرات بالینی

عفونت هماتوژنوس

- شروع ناگهانی بوده و با علایم سپتی‌سمی (برای مثال، لرز، تب بالا، نبض تند و ضعف عمومی) روی می‌دهد.
- اندام‌ها دردناک، متورم، گرم و تندرنس می‌شوند.
- بیمار ممکن است درد نبض دار مداوم را توصیف کند که با حرکت تشدید می‌شود (در اثر فشار چرک تجمع یافته).
- زمانی که استئومیلیت توسط عفونت قسمت‌های مجاور یا آلودگی مستقیم ایجاد می‌شود، هیچ علامتی از سپتی‌سمی وجود ندارد.
- با استئومیلیت مزمن، ترشحات مداوم سینوس یا دوره‌های عودکننده درد، التهاب، تورم و ترشح وجود دارد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- رادیوگرافی‌های اولیه تنها تورم بافت نرم را نشان می‌دهد.
- اسکن استخوان و تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) ممکن است

انجام شود.

- بررسی‌های خون و کشت خون صورت می‌گیرند (افزایش سرعت سدیمانتاسیون و لکوسیت‌ها).
- استئومیلیت مزمن: رادیوگرافی حفرات بزرگ و نامنظم، افزایش پریوست، سکسترها یا تشکیل استخوان را متراکم نشان می‌دهد.

درمان طبی

- هدف اولیه کنترل و توقف فرایند عفونی است.
- ناحیه مبتلا بی حرکت می‌شود؛ شستشو با سالین گرم چند بار در روز برای ۲۰ دقیقه صورت می‌گیرد.
- کشت‌های خون و زخم جهت تعیین ارگانیسم‌ها یا انتخاب آنتی‌بیوتیک انجام می‌شوند.
- آنتی‌بیوتیک درمانی داخل وریدی سر ساعت صورت می‌گیرد.
- داروی آنتی‌بیوتیک خوراکی (با معده خالی) زمانی تجویز می‌شود که عفونت تحت کنترل قرار گیرد. برنامه دارویی برای ۳ ماه ادامه می‌یابد.
- دبریدمان جراحی استخوان با شستشو صورت می‌گیرد؛ آنتی‌بیوتیک درمانی کمکی انجام می‌شود.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به استئومیلیت

بررسی

- عوامل خطر و سابقه صدمه قبلی، عفونت و جراحی ارتوپدی را بررسی کنید.
- حرکت دفاعی از ناحیه عفونی و ضعف عمومی ناشی از عفونت سیستمیک را بررسی نمایید.
- ادم و گرمای ناحیه مبتلا، ترشح چرکی و افزایش درجه حرارت را ارزیابی نمایید.
- توجه کنید که بیماران مبتلا به استئومیلیت مزمن ممکن است افزایش جزیی درجه حرارت در بعد از ظهر یا غروب داشته باشند.

تشخیص پرستاری

- درد در ارتباط با التهاب و ادم.

- اختلال در تحرک جسمی مرتبط با درد، وسایل بی حرکت‌کننده و محدودیت‌های تحمل وزن.
- احتمال گسترش عفونت: تشکیل آبسه استخوانی.
- کمبود آگاهی درباره برنامه درمانی.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی ممکن است شامل تسکین درد، بهبود تحرک همراه با رعایت محدودیت‌های درمانی، کنترل و ریشه کنی عفونت و آگاهی درباره رژیم درمانی می‌باشند.

مداخلات پرستاری

تسکین درد

- فعالیت قسمت مبتلا را محدود کرده و با اسپلینت بی‌حرکت کنید تا درد و اسپاسم عضلانی کاهش یابد.
- مفصل بالا و پایین قسمت مبتلا را به آرامی در دامنه حرکتیشان قرار دهید.
- قسمت مبتلا را به دقت جابجا کنید تا دچار درد نشود.
- قسمت مبتلا را برای کاهش ادم و درد بالا نگه دارید.
- داروهای مسکن تجویز شده و از روش‌های دیگر برای کاهش درد استفاده نمایید.
- وضعیت عصبی ـ عروقی اندام مبتلا را بررسی کنید.

بهبود تحرک جسمی

- علت محدودیت‌های فعالیت را بیاموزید (فرایند عفونی استخوان را ضعیف می‌کند).
- انجام فعالیت‌های روزانه زندگی با توجه به محدودیت‌های جسمی را تشویق کنید.

کنترل فرایند عفونت

- پاسخ به آنتی‌بیوتیک درمانی را بررسی کنید. محل‌های داخل وریدی را از

نظر علایم فلبیت یا انفیلتراسیون بررسی کنید. علایم عفونت اضافی همراه با آنتی‌بیوتیک درمانی تهاجمی برای مدت طولانی را ارزیابی کنید. (برای مثال کاندیدیاز دهانی یا واژینال ؛ مدفوع شل یا با بوی بد).

- اگر جراحی ضروری بود، از گردش خون کافی اطمینان یابید (ساکشن زخم، بالا نگهداشتن ناحیه، پرهیز از فشار بر ناحیه گرافت)؛ در صورت نیاز بی حرکتی را ادامه دهید؛ از محدودیت‌های تحمل وزن تبعیت کنید. پانسمانها را با استفاده از روش استریل جهت تسریع بهبودی و پیش‌گیری از عفونت تعویض نمایید.
- سلامت عمومی و وضعیت تغذیه بیمار را بررسی کنید.
- رژیم غذایی متعادل سرشار از پروتئین و ویتامین C جهت اطمینان از تعادل مثبت نیتروژن و تسریع بهبودی فراهم کنید؛ مصرف مایعات به قدر کافی را تشویق نمایید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار و خانواده تبعیت از برنامه درمانی آنتی‌بیوتیک‌ها و پیش‌گیری از سقوط یا سایر صدماتی که می‌توانند موجب شکستگی شوند را توصیه نمایید.
- به بیمار چگونگی حفظ و کنترل دسترسی به مسیر داخل وریدی و ابزار تجویز داروی داخل وریدی را آموزش دهید.
- آموزش در مورد دارو (برای مثال اسم، مقدار و دفعات مصرف و سرعت تجویز) از جمله نیاز برای بررسی آزمایشگاهی را ارائه دهید.
- به بیمار در مورد بررسی و گزارش وجود بو، افزایش التهاب، افزایش درجه حرارت، ترشح، عوارض جانبی و علایم عفونت اضافی آموزش دهید.
- به بیمار و خانواده چگونگی تعویض استریل پانسمان و روش‌های کمپرس گرم را آموزش دهید.

تداوم مراقبت

- بررسی منزل جهت تعیین توانایی بیمار و خانواده برای ادامه برنامه درمانی

را تکمیل کنید.
- در صورت نیاز بیمار را به پرستار مراقبت در منزل ارجاع دهید.
- بیمار را از نظر پاسخ به درمان، علایم و نشانه‌های عفونت اضافی و عوارض جانبی دارویی بررسی کنید.
- بر اهمیت انجام ملاقات‌های پیگیری تأکید نمایید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار
- تسکین درد را تجربه می‌کند.
- تحرک وی افزایش می‌یابد.
- فقدان عفونت را نشان می‌دهد.
- از برنامه درمان تبعیت می‌نماید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

پوکی استخوان Osteoporosis

پوکی استخوان اختلالی است که در آن کاهش دانسیته استخوان وجود دارد. سرعت جذب مجدد استخوان بیش از سرعت تشکیل استخوان می‌باشد استخوان‌ها به‌طور پیشرونده متخلخل، شکننده و حساس می‌شوند و به راحتی می‌شکنند. شکستگی‌های متعدد مهره موجب دفورمیتی اسکلتی (کیفوز) می‌شود. این کیفوز گاهی همراه با کاهش قد است. بیماران در معرض خطر شامل زنان بعد از یائسگی و با اندام ظریف و زنان سفید پوست اروپایی و بدون چاقی می‌باشند.

عوامل خطر شامل تغذیه ناکافی، ویتامین D و کلسیم ناکافی و سبک زندگی (برای مثال کشیدن سیگار، قهوه و مصرف الکل)، ژنتیک و کمبود فعالیت جسمی می‌باشند. از دست دادن استخوان مرتبط با سن بعد از تشکیل حداکثر توده استخوانی (حدود ۳۵ سالگی) شروع می‌شود. کاهش استروژن در

یائسگی یا اوفورکتومی[1] موجب کاهش کلسی‌تونین و افزایش جذب مجدد استخوان شده که در مدت سال‌های یائسگی ادامه می‌یابد. مواد کاتابولیک اندوژن و اگزوژن ممکن است موجب استئوپروز شوند: مقدار زیاد کورتیکواستروئید، سندرم کوشینگ، هیپرتیروئیدسیم و هیپرپاراتیروئیدیسم. سایر علل شامل وجود بیماری‌های همزمان همچون سندرم‌های سوء جذب، عدم تحمل لاکتوز، نارسایی کلیه، نارسایی کبد و اختلالات آندوکرین می‌باشند. داروهای مسبب بیماری ممکن است شامل ایزونیازید، هپارین، تتراسایکلین، آنتی‌اسیدهای حاوی آلومینیم، فورزماید، ضدتشنج‌ها و مکمل‌های تیروئید باشند. بی‌حرکتی با ایجاد استئوپروز ارتباط دارد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- اگر دمینرالیزه شدن ۲۵٪ تا ۴۰٪ باشد، رادیوگرافی روتین استئوپروز را مشخص می‌نماید.
- بررسی‌های آزمایشگاهی، شامل کلسیم و فسفات سرم و رادیوگرافی جهت رد سایر تشخیص‌ها به‌کار می‌روند.
- دستگاه اندازه‌گیری انرژی دوگانه اشعه ایکس[2] (DXA:DEXA) اطلاعاتی درباره توده استخوانی ستون فقرات و ران، تراکم املاح استخوان[3] (BMD) ارائه می‌دهد.
- بررسی اولتراسوند heel جهت تشخیص و پیش‌بینی احتمال شکستگی به‌کار می‌روند.

ملاحظات سالمندی

فرد سالمند مکرراً در اثر خطرات محیطی، اختلالات عصبی ـ عضلانی، کاهش حواس و پاسخ‌های قلبی عروق به داروها به زمین می‌افتد. خطرات محیطی همانند فرش پهن شده، حیوانات اهلی زیر پا، محیط شلوغ و بی نظم که ممکن است موجب افتادن بیمار سالمند شوند باید مشخص شده و رفع

1- Oophorectomy
2- Dual - energy
3- Bone mineral density

کردند. بیمار و خانواده باید در تدوین برنامه مراقبتی مداوم و برنامه‌های پیش‌گیری کننده شرکت داده شوند. منزل باید به خوبی روشن باشد و باید دارای وسایل ایمن همچون میله محافظ در حمام و نرده‌ها در راه پله‌ها باشد. بیمار باید کفش‌های مناسب و ایمن و محافظ‌های ران (در صورت نیاز) بپوشد.

درمان طبی

- رژیم غذای متعادل و کافی غنی از کلسیم و ویتامین D.
- افزایش مصرف کلسیم در نوجوانان و سالمندان یا تجویز مکمل کلسیم با غذاها یا نوشیدنی‌های حاوی ویتامین C.
- ورزش منظم تحمل وزن برای تسریع تشکیل استخوان (۲۰ تا ۳۰ دقیقه ورزش آئروبیک ۳ روز در هفته).
- سایر داروها: بیسفسفوناتس، آلندرونات (فوزاماکس)[1]، ریزدرونات (استونل)[2]، ایباندرونات، مدولاتورهای گیرنده انتخابی[3] (SERMs)، رالوکسیفن (اویستا)[4]، کلسی‌تونین.

هشدار پرستاری: بیماران مونثی که از درمان جایگزینی هورمون (HRT) برای درمان کاهش دانسیته استخوان استفاده می‌کنند باید به‌طور منظم بررسی‌های پستان و پاپ اسمیر را انجام دهند.

فرآیند پرستاری: شکستگی مهره

بررسی

- برای تعیین احتمال و تشخیص قطعی مشکلات مرتبط با استئوپروز، با بیمار در مورد تاریخچه خانوادگی، شکستگی‌های قبلی، مصرف کلسیم، الکل، قهوه و سیگارت، الگوهای ورزش، شروع منوپوز و استفاده از

1-Bisphosphonates Alendronate (Fosamax)

2- Risedronate (Actonel)

3- Selective receptor modulators

4- Raloxifene (Evista)

استروئیدها مصاحبه کنید.
- در معاینه جسمی شکستگی، کیفوز ستون فقرات پشتی یا کوتاهی قد را بررسی کنید.

تشخیص پرستاری
- کمبود آگاهی در مورد فرایند استئوپروز و برنامه درمانی .
- درد در ارتباط با شکستگی و اسپاسم عضلات.
- یبوست در ارتباط با بی‌حرکتی یا ایجاد ایلئوس.
- احتمال صدمه: شکستگی در ارتباط با استخوان دچار استئوپروز.

برنامه ریزی و اهداف
اهداف اصلی ممکن است شامل آگاهی درباره استئوپروز و برنامه درمانی، تسکین درد، بهبود دفع روده‌ای و فقدان شکستگی باشند.

مداخلات پرستاری
توضیح استئوپروز و برنامه درمان
- آموزش بیمار به عوامل مؤثر در ایجاد استئوپروز، اقدامات کاهش یا توقف فرایند و روش‌های تسکین نشانه‌ها متمرکز می‌باشد.
- بیمار را درباره اهمیت رژیم غذایی کافی یا مکمل کلسیم ،ورزش منظم تحمل وزن و اصلاح سبک زندگی (برای مثال، کاهش استفاده از کافئین، ترکیب سیگار و الکل) آگاه کنید.
- بر اهمیت ورزش و فعالیت جسمی برای افزایش دانسیته استخوان‌ها تأکید کنید.
- بیمار را به مصرف مکمل‌های کلسیم همراه با غذا و مایعات کافی تشویق کنید.
- به بیمار چگونگی مصرف کلسی‌تونین از راه بینی را بیاموزید.
- بیمار را تشویق کنید که ترکیبات کلسیم، غذا و مایعات کافی مصرف کند.
- بیمار را آگاه کنید که در دوران یائسگی رژیم حاوی کلسیم ممکن است تجویز شود. اگر آندرونات تجویز شود، باید با شکم خالی استفاده گردد.
- بیمار دریافت‌کننده HRT را آگاه کنید که استروژن با افزایش میزان بروز سرطان پستان و آندومتر ارتباط دارد؛ بنابراین بیمار باید ماهیانه خود آزمایی

پستان را انجام داده و معاینات منظم لگن داشته باشد.

- بیماران سالمند را برای تداوم مصرف کلسیم و ویتامین D کافی، تماس پوست با نور خورشید و ورزش جهت به حداقل رساندن فرایند استئوپروز تشویق کنید.

تسکین درد

- تسکین درد پشت از طریق استراحت و استفاده از تشکل‌های سفت غیر قابل فرو رفتن، خم کردن زانو، گرمای موضعی متناوب و مالش پشت را آموزش دهید.
- به بیمار درباره حرکت یکپارچه تنه و پرهیز از چرخش آموزش دهید؛ وضعیت بدنی صحیح و مکانیک خوب بدن را تشویق کنید.
- بیمار را برای استفاده از کورست لومبوساکرال جهت بی‌حرکتی کردن و حمایت موقت هنگام خروج از تخت تشویق نمایید.

بهبود دفع روده

- بیمار را به خوردن رژیم غذایی پرفیبر، افزایش مصرف مایعات و استفاده از نرم‌کننده‌های مدفوع تجویز شده تشویق کنید.
- میزان مصرف، صداهای روده و فعالیت روده را بررسی کنید؛ ایلئوس ممکن است در صورت کلاپس مهره‌های T^{10} تا T^{12} ایجاد شود.

پیش‌گیری از صدمه

- فعالیت جسمی برای تقویت عضلات، پیش‌گیری از آتروفی ناشی از عدم استفاده و تأخیر دمینرالیزه شدن استخوان را ترویج دهید.
- بیمار را به انجام ورزش‌های ایزومتریک برای تقویت عضلات تنه تشویق کنید.
- راه رفتن، مکانیک خوب بدن و وضعیت مناسب بدنی را تشویق نمایید.
- به بیمار درباره پرهیز از خم شدن ناگهانی ناموزون و بلندکردن اجسام سنگین آموزش دهید.
- فعالیت خارج از منزل در زیر نور خورشید برای افزایش توانایی بدن جهت تولید ویتامین D را تشویق کنید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- اطلاعات درباره استئوپروز و برنامه درمانی کسب نموده است.
- به تسکین درد دست یافته است.
- دفع طبیعی روده را نشان می‌دهد.
- هیچ شکستگی جدیدی را تجربه نمی‌کند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

اوتیت میانی حاد Otitis Media, Acute

اوتیت میانی حاد عفونت حادگوش میانی بوده که معمولاً کمتر از ۶ هفته طول می‌کشد. علت اولیه ورود باکتری پاتوژن به محیط استریل گوش میانی در زمانی می‌باشد که اختلال در عملکرد لوله اوستاش در اثر انسداد ناشی از عفونت‌های تنفسی فوقانی، التهاب ساختارهای اطراف (سینوزیت) یا واکنش‌های آلرژیک (رینیت آلرژیک) می‌باشند. عوامل میکروبی شایع شامل استرتیوکوک، هموفیلوس آنفوآنزا و موراکسلا کاتارهایس هستند. طریقه ورودی باکتری به لوله اوستاش، ترشحات آلوده در بینی و حلق می‌باشند و طریقه ورود ارگانیسم به گوش میانی از حمل پارگی پرده تمپان است.

تظاهرات بالینی

- نشانه‌ها با شدت عفونت متغیر هستند و ممکن است خفیف و موقت یا شدید باشند. در بزرگسالان معمولاً به‌صورت یک طرفه است.
- درد در گوش (اوتالژی) و اطراف آن ممکن است تشدید شود و تنها بعد از پارگی خود به خود پرده صماخ یا بعد از میرینگوتومی رفع می‌شود.
- تب، ترشح از گوش.
- غشاء تمپان قرمز و اغلب به جلو برآمده یا پاره می‌باشد.
- ناشنوایی هدایتی در اثر تجمع ترشح در گوش میانی.
- حتی اگر بیماری تحت حاد (۳ هفته تا ۳ ماه) با ترشح چرکی باشد، ناشنوایی دائمی نادر است.

عوارض

- پارگی پرده صماخ ممکن است تداوم یافته و به اوتیت میانی مزمن پیشرفت کند.
- عوارض ثانویه شامل ماستوئیدیت، مننژیت یا آبسه استخوانی (نادر) می‌باشند.

درمان

- با آنتی‌بیوتیک درمانی مناسب و وسیع‌الطیف، اوتیت میانی ممکن است بدون عوارض جدی رفع گردد. اگر ترشح وجود داشته باشد داروی آنتی‌بیوتیک ممکن است تجویز گردد.
- بیمار باید آنتی‌بیوتیک را طبق دستور مصرف کند و باید دوره داروی تجویز شده را تکمیل نماید.
- نتایج به اثر بخشی درمان با آنتی‌بیوتیک، حساسیت باکتری و وضعیت جسمی بیمار بستگی دارد.

میرینگوتومی (تمپانوتومی)

اگر موارد خفیف اوتیت میانی به‌طور مؤثر درمان شوند، میرنگوتومی ممکن است ضروری نباشد. برش در پرده تمپان ایجاد شده تا فشار تسکین یابد و مایع سروزی یا چرکی از گوش میانی تخلیه گردد. این روش بدون درد معمولاً ۱۵ دقیقه طول می‌کشد. اگر دوره‌های اوتیت میانی حاد مجدداً عود کنند و منع‌مصرفی وجود نداشته باشد، لوله ونتیله‌کننده یا تعدیل فشار ممکن است قرار داده شوند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

اوتیت میانی مزمن Otitis Media, Chronic

اوتیت میانی مزمن ناشی از دوره‌های مکرر اوتیت میانی حاد می‌باشد، موجب صدمه بافتی غیر قابل برگشت و پارگی دائمی پرده صماخ می‌شود. عفونت‌های مزمن گوش میانی موجب صدمه به پرده صماخ شده و موجب تخریب اوسیکل‌ها[1] می‌شود و می‌تواند ماستوئید را مبتلا سازد.

1- Ossicles

تظاهرات بالینی

- نشانه‌ها ممکن است حداقل با انواع درجات ناشنوایی و اتوره (ترشح) با بوی بد متناوب یا مداوم باشد.
- درد ممکن است در صورت بروز ماستوئیدیت حاد وجود داشته باشد؛ زمانی که ماستوئیدیت وجود دارد ناحیه پشت گوش حساس می‌شود؛ اریتم و قرمزی ممکن است وجود داشته باشد.
- کلستئاتوم (کیسه محتوی پوست ژنره شده با مواد سباسه‌ای) ممکن است به‌صورت توده سفید پشت پرده صماخ وجود داشته باشد و از طریق اتوسکوپ مشاهده شود. اگر درمان نشود، کلستئاتوم رشد کرده و ساختارهای استخوان گیجگاهی را تخریب کرده و احتمالاً موجب صدمه به عصب صورتی و کانال افقی و تخریب سایر ساختارهای اطراف می‌شود. بررسی‌های شنوایی اغلب ناشنوایی هدایتی یا ترکیب را نشان می‌دهد.

درمان طبی

- ساکشن دقیق و پاک کردن گوش تحت راهنمایی میکروسکوپی صورت می‌گیرند.
- قطره‌های آنتی‌بیوتیک چکانده می‌شوند یا پودر آنتی‌بیوتیک جهت درمان ترشح چرکی به‌کار می‌رود.
- روش‌های تمپانوپلاستی (میرینگوپلاستی و انواع روش‌های دیگر، ممکن است جهت پیش‌گیری از عود عفونت، بازگرداندن عملکرد گوش میانی، بستن پارگی پرده صماخ و بهبود شنوایی صورت گیرند.
- ماستوئیدکتومی ممکن است جهت برداشتن کلستئاتوم انجام شود.
- اسیکولوپلاستی ممکن است برای بازسازی استخوان‌های گوش میانی جهت حفظ شنوایی انجام گردد.

تدابیر پرستاری

جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری ماستوئیدیت مراجعه نمایید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.



پانکراتیت حاد Pancreatitis, Acute

پانکراتیت (التهاب پانکراس) اختلال جدی است که می‌تواند از اختلال شدید تا اختلال خفیف خود محدود شونده تا بیماری سریعاً کشنده که به درمان پاسخ نمی‌دهد متغیر باشد.

پانکراتیت حاد به‌عنوان خود هضمی این ارگان توسط آنزیم‌های اگزوکرین پانکراس (به‌ویژه ترپیسین) شرح داده می‌شود. علل شایع دوره‌های حاد، بیماری مجرای صفراوی و مصرف طولانی مدت الکل هستند ۵٪ بیماران مبتلا به سنگ‌های صفراوی ایجاد پانکراتیت می‌کنند. انواع کمتر شایع شامل عفونت باکتریایی یا ویروس، همراه با پانکراتیت به‌عنوان عارضه جانبی می‌باشند. بسیاری از فرایندها و شرایط بیماری با افزایش بروز پانکراتیت مرتبط هستند: جراحی روی یا نزدیک پانکراس، داروها، هیپرکلسمی و هیپرلیپیدی. ۲۰٪ موارد ایدیوپاتیک بوده و میزان بروز پانکراتیت ارثی کم است.

مرگ و میر به‌علت شوک، هیپوتانسیون یا عدم تعادل آب و الکترولیت زیاد است. بهبودی کامل ممکن است روی دهد یا بیماری ممکن است مزمن شود.

تظاهرات بالینی

درد شدید شکم علامت اصلی است

- درد در اپی گاستر ممکن است با اتساع شکم همراه باشد.
- توده شکمی که با لمس به سختی مشخص می‌شود و کاهش حرکات دودی روده.
- غالباً شروع حادی دارد (۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از مصرف غذای سنگین یا الکل)؛ ممکن است بعد از غذا تشدید یافته و با آنتی‌اسیدها تسکین نیابد.
- بیمار بسیار ناخوش به نظر می‌رسد.

- حالت دفاعی شکم؛ شکم سفت یا مانند تخته.
- شکم نرم در زمان فقدان پریتونیت.
- اکیموز پهلو یا اطراف ناف، که ممکن است نشانه پانکراتیت خون‌ریزی دهنده شدید باشد.
- تهوع و استفراغ، تب، یرقان گیجی، آژیتاسیون.
- هیپوتانسیون در ارتباط با هیپوولمی و شوک.
- نارسایی حاد کلیه شایع است.
- ممکن است تاکی‌کاردی، سیانوز و پوست سرد و مرطوب وجود داشته باشد.
- دیسترس تنفسی و هیپوکسی.
- دیس پنه.
- تاکی پنه.
- نتایج غیرطبیعی گازهای خون.
- انفیلتراسیون منتشر ریه.
- تضعیف میوکارد، هیپوکلسیمی، هیپرکلسیمی و انعقاد منتشر داخل عروقی (DIC).

P

بررسی و روش‌های تشخیص

تشخیص براساس تاریخچه درد شکم، عوامل خطر شناخته شده و یافته‌های تشخیصی (افزایش میزان آمیلاز ادرار و تعداد گلبول‌های سفید؛ هیپوکلسمی، هیپرگلیسمی موقت؛ گلوکزاوری و افزایش میزان بیلی روبین سرم در برخی بیماران) گذاشته می‌شود. رادیوگرافی شکم و قفسه‌سینه، اولتراسوند و سی‌تی اسکن ممکن است انجام شود.

میزان آمیلاز و لیپاز سرم شاخص مهمی هستند (تا بیش از ۳ برابر حد طبیعی در مدت ۲۴ ساعت افزایش می‌یابند؛ آمیلاز در مدت ۴۸ تا ۷۲ ساعت به حد طبیعی می‌رسد؛ لیپاز برای ۵ تا ۷ روز بالا باقی می‌ماند). مایع پریتوان از نظر افزایش آنزیم‌های پانکراس ارزیابی می‌شود.

ملاحظات سالمندی

مرگ و میر ناشی از پانکراتیت حاد با افزایش سن افزایش می‌یابد. الگوهای

عوارض جانبی با سن تغییر می‌کنند (برای مثال، بروز نارسایی چندین ارگان با سن افزایش می‌یابد). بررسی دقیق عملکرد ارگان‌های حیاتی (ریه‌ها و کلیه‌ها) ضروری است و درمان تهاجمی برای کاهش مرگ و میر در سالمندان ضرورت دارد.

درمان طبی: مرحله حاد

در مرحله حاد، درمان علامتی است و در جهت پیشگیری یا درمان عوارض می‌باشد.

- تغذیه خوراکی برای جلوگیری از تحریک پانکراس و ترشح آنزیم‌های پانکراس متوقف می‌شود.
- تغذیه وریدی جهت بیماران ناتوان تجویز می‌گردد.
- ساکشن بینی - معدی برای تسکین تهوع و استفراغ، کاهش اتساع دردناک شکم و ایلئوس پارالیتیک و کاهش اسیدهیدروکلریک بکار می‌رود بدین ترتیب پانکراس تحریک نمی‌شود.
- سایمتدین (تاگامت) برای کاهش ترشح اسیدهیدروکلریک تجویز می‌شود.
- داروی ضد درد به مقدار کافی تجویز می‌شود؛ مورفین و مشتقات آن منع مصرف دارند زیرا موجب اسپاسم اسفنکتر اودی می‌شوند.
- اصلاح مایع، خون از دست رفته و میزان کم آلبومین ضروری است.
- در صورت وجود عفونت، آنتی‌بیوتیک‌ها تجویز می‌شوند.
- در صورت بروز هیپرگلیسمی شدید، انسولین ضروری است.
- مراقبت شدید تنفسی برای انفیلتراسیون ریوی، افیوژن و آتلکتازی ارائه می‌شود.
- درناژ صفرا (درن‌ها و استنت‌ها) موجب کاهش درد و افزایش وزن می‌شود.
- اقدام جراحی ممکن است برای تشخیص، درناژ ترشح، برداشتن پانکراس یاد بریدمان صورت گیرد.

درمان طبی: بعد از مرحله حاد

- آنتی اسیدها زمانی تجویز می‌شوند که دوره حاد شروع به رفع شدن بکند.
- تغذیه دهانی با رژیم کم چربی و کم پروتئینی به تدریج شروع می‌شود.
- کافئین و الکل از رژیم غذایی حذف می‌شوند.
- مصرف داروها (برای مثال، دیورتیک‌های تیازیدی گلوکوکورتیکوئیدها یا

ضدبارداری‌های خوراکی) قطع می‌شود.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به پانکراتیت

بررسی

- وجود و مشخصات درد، ارتباط آن با تغذیه و مصرف الکل را بررسی کنید؛ اثر تلاش بیمار برای تسکین درد را ارزیابی نمایید.
- وضعیت مایعات غذایی و تاریخچه حملات کیسه صفرا و مصرف الکل را بررسی کنید.
- تاریخچه مشکلات معدی روده‌ای را بررسی نمایید: مدفوع چرب، اسهال، تهوع و استفراغ.
- وضعیت تنفسی، از جمله تعداد، الگو و صداهای تنفسی را بررسی کنید.
- شکم را از نظر درد، تندرنس، حالت گارد و صداهای روده ارزیابی نمایید؛ به شکم نرم یا مانند تخته توجه کنید.

تشخیص

تشخیص پرستاری

- درد و ناراحتی در ارتباط با ادم، اتساع پانکراس و تحریک پریتوان.
- عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن در ارتباط با مصرف ناکافی مواد غذایی، اختلال جذب، کاهش مصرف غذا و افزایش نیازهای متابولیک.
- الگوی تنفسی غیرمؤثر در ارتباط با درد شدید، انفیلتراسیون ریه، افیوژن پلور و آتلکتازی.
- اختلال تمامیت پوست ناشی از وضعیت بد تغذیه، استراحت در تخت و زخم جراحی.

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

- عدم تعادل مایع و الکترولیت.
- نکروز پانکراس.
- شوک و نارسایی چندین ارگان.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی بیمار شامل تسکین درد و ناراحتی، بهبود وضعیت مایع و غذا، بهبود عملکرد تنفسی و فقدان عوارض جانبی می‌باشند.

مداخلات پرستاری

تسکین درد و ناراحتی

- مپریدین (دمرول) را طبق دستور تجویز کنید. داروی انتخابی است.
- از سولفات مورفین پرهیز نمایید زیرا موجب اسپاسم اسفنکتر اودی می‌شود.
- قطع تغذیه خوراکی برای کاهش تشکیل و ترشح سکرتین.
- از ساکشن بینی معدی برای کاهش ترشحات معده و تسکین اتساع شکم استفاده کنید؛ از فشار بر روی لوله پرهیز کنید و از لوبریکانت اطراف لوله استفاده نمایید؛ بهداشت دهان را رعایت کنید.

جهت کاهش سرعت متابولیسم و کاهش ترشح آنزیم‌های پانکراس، بیمار باید در تخت استراحت کند؛ افزایش درد را گزارش دهید ممکن است در نتیجهٔ خون‌ریزی پانکراس یا مقدار ناکافی مسکن باشد.

- توضیحاتی درباره درمان ارائه دهید؛ بیمار ممکن است اختلال درک حسی ناشی از درد، عدم تعادل مایع و هیپوکسی داشته باشد.

P

بهبود وضعیت تغذیه

- نتایج بررسی آزمایشگاهی، توزین روزانه و اندازه‌گیری آنتروپومتریک را بررسی نمایید.
- وضعیت تغذیه و افزایش نیازهای متابولیک (به افزایش درجه حرارت، بی‌قراری، افزایش فعالیت جسمی توجه کنید) و از دست دادن مایع از طریق اسهال را بررسی کنید.
- مراقبت از دهان به عمل آورید؛ بیمار نباید در دوره حاد بیماری از راه دهان چیزی دریافت کند.
- طبق دستور مایعات، الکترولیت‌ها و تغذیه وریدی را تجویز کنید.
- میزان قندخون را کنترل کرده و طبق دستور انسولین تجویز کنید.
- با کاهش نشانه‌ها به تدریج تغذیه دهانی را شروع کنید.

- از غذاهای سنگین، نوشیدنی‌های حاوی الکل، مصرف، زیاد قهوه و غذاهای پرادویه پرهیز نمایید.

ارائه مراقبت از زخم

- زخم محل‌های درناژ و پوست را به دقت از نظر علایم عفونت، التهاب و گسیختگی بررسی کنید.
- طبق دستور مراقبت از زخم را ارائه دهید و احتیاطهای لازم برای محافظت از پوست سالم از تماس با ترشحات به عمل آورید؛ در صورت نیاز با درمان‌گر انتروستومال[1] جهت تعیین وسایل و پروتکل مراقبت مناسب از پوست مشورت کنید.
- هر ۲ ساعت بیمار را تغییر وضعیت دهید؛ استفاده از تخت‌های مخصوص ممکن است جهت پیشگیری از آسیب پوست ضروری باشد. زخم جراحی ممکن است هر ۲ تا ۳ روز شستشو و پانسمان شود.

بهبود عملکرد تنفسی

- بیمار را در وضعیت نیمه نشسته جهت کاهش فشار بر روی دیافراگم حفظ کنید.
- به‌طور مکرر بیمار را تغییر وضعیت دهید تا از آتلکتازی و تجمع ترشحات تنفسی پیشگیری شود.
- داروهای ضدکولینرژیک را برای کاهش ترشحات معدی و پانکراس تجویز کنید ترشحات مجاری تنفس را پاک کنید.
- وضعیت تنفسی را به‌طور مکرر بررسی کنید و روش‌های سرفه و تنفس عمیق را به بیمار آموزش دهید.

بررسی و کنترل عوارض جانبی

اختلال در مایع و الکترولیت

- وضعیت مایع و الکترولیت را از طریق بررسی تورگور پوست و رطوبت غشاهای مخاطی ارزیابی نمایید.

1- Enterostomol therapist

- روزانه بیمار را وزن کنید؛ جذب و دفع مایعات را اندازه‌گیری کنید.
- عواملی را بررسی کنید که ممکن است بر وضعیت آب و الکترولیت اثر بگذارند: تب، از دست دادن مایع از طریق اسهال، استفراغ، ساکشن بینی معدی یا درناژ زخم.
- آسیت را بررسی کنید و دور شکم را اندازه‌گیری نمایید.
- مایعات داخل وریدی، الکترولیت‌ها، خون و آلبومین را برای حفظ حجم و پیشگیری یا درمان شوک تجویز کنید.
- به بیمار در تغییر وضعیت هر ۲ ساعت کمک کنید.
- کاهش فشارخون، برون ده ادرار و کلسیم و منیزیوم سرم را گزارش دهید.

نکروز پانکراس

- بیمار را به بخش مراقبت ویژه جهت کنترل دقیق انتقال دهید.
- مایعات داروها و فراورده‌های خون را تجویز کنید.
- با اقدامات حمایتی همچون تهویه مکانیکی به بیمار کمک کنید.

شوک و نارسایی چندین ارگان

به دقت بیمار را از نظر علایم اولیه اختلال در عملکرد عصبی، قلبی ـ عروقی، کلیه و تنفسی بررسی کنید.

- برای تغییرات سریع در وضعیت بیمار، درمان و داروها آماده باشید؛ سریعاً پاسخ دهید.
- خانواده را از وضعیت و پیشرفت بیمار آگاه نمایید؛ زمانی را با بیمار صرف کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار و خانواده واقعیت‌ها و نکات مرحله حاد بیماری را توضیح دهید؛ در صورت نیاز اطلاعات را تکرار کرده یا تأکید کنید.
- بر نیاز برای رژیم غذایی کم چربی، پرهیز از غذای سنگین و الکل تأکید کنید.

- توضیحات بیشتر در مورد اصلاحات غذایی ارائه دهید در صورتی که بیماری مجرای صفراوی علت پانکراتیت باشد.

تداوم مراقبت

- وضعیت منزل را بررسی و بر آموزش تأکید کنید.
- بیمار را برای مراقبت در منزل (در صورت نیاز) ارجاع دهید.
- اطلاعاتی درباره منابع و گروه‌های حمایتی ارائه دهید به ویژه اگر الکل علت پانکراتیت حاد می‌باشد.
- به بیمار و خانواده اجازه دهید تا سؤالات و نگرانی‌های خود را بیان کنند؛ و آموزش و حمایت عاطفی از آنها به عمل آورید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- تسکین درد و ناراحتی را گزارش می‌دهد.
- بهبود عملکرد تنفسی را تجربه می‌کند.
- به تعادل تغذیه‌ای و مایع و الکترولیت دست یافته است.
- سلامت پوست را نشان می‌دهد.
- عاری از عوارض جانبی می‌باشد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۰ درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Pancreatitis, Chronic پانکراتیت مزمن

پانکراتیت مزمن اختلال التهابی است که با تجربه پیش‌رونده آناتومیکی و عملکرد پانکراس مشخص می‌شود. سلول‌ها با بافت فیبروز در حملات مکرر پانکراتیت جایگزین می‌شوند. نتیجه نهایی انسداد مکانیکی پانکراس و مجاری مشترک صفراوی و دئودنوم می‌باشد. به‌علاوه، التهاب و تخریب سلول‌های مترشحه پانکراس روی می‌دهد. مصرف الکل در جوامع غرب و سوء تغذیه علل اصلی بیماری هستند. در میان افراد الکلی، میزان بروز پانکراس ۵۰ برابر بیشتر از جوامع بدون مصرف الکل است.

پاتوفیزیولوژی

مصرف مزمن الکل موجب ترشح زیاد پروتئین در ترشحات پانکراس می‌شود. نتیجه تشکیل پلاک‌های پروتئین و سنگ در مجاری پانکراس می‌باشد، الکل اثر سمی مستقیم روی سلول‌های پانکراس دارد. صدمه در بیماران دارای رژیم غذایی کم پروتئین و بسیار زیاد یا کم چربی شدیدتر است.

تظاهرات بالینی

- حملات عودکننده، درد شدید قسمت فوقانی شکم و پشت، همراه با استفراغ. نارکوتیک‌ها ممکن است تسکین درد را فراهم نکنند.
- ممکن است درد شدید مداوم یا درد مبهم مداوم وجود داشته باشد.
- احتمال اعتیاد به مخدرها به علت درد شدید زیاد است.
- کاهش وزن مشکل اصلی می‌باشد.
- تغییر هضم غذاها (سوء جذب پروتئین‌ها و چربی‌ها) به‌طور مکرر روی می‌دهد، مدفوع چرب و با بوی بد همراه با غذای پرچرب (استئاتوره) به‌وجود می‌آید.
- با پیشرفت بیماری، کلسیفیکاسیون غده ممکن است روی دهد و سنگ‌های کلسیم ممکن است در مجاری تشکیل شوند.

P

بررسی و روش‌های تشخیص

- کولانژیوپانکراتوگرافی رتروگرید از راه آندوسکوپ[1] (ERCP) بهترین روش بررسی است.
- بررسی تحمل گلوکز عملکرد سلول جزایر پانکراس را ارزیابی می‌کند.

درمان طبی

درمان در جهت پیشگیری و کنترل حملات حاد می‌باشد

- درد و ناراحتی توسط مسکن‌ها تسکین می‌یابند.
- بیمار باید از الکل و غذاهایی که موجب درد و ناراحتی شکم می‌شوند پرهیز

1- Endoscopic Retrograde cholangiopancreatography

کند. اگر بیمار مصرف الکل را ادامه دهد هیچ درمان دیگری درد را تسکین نخواهد داد.

- دیابت ملیتوس ناشی از اختلال در عملکرد سلول‌های جزایر پانکراس با رژیم غذایی انسولین یا داروهای هیپوگلیسمی خوراکی درمان می‌شود به بیمار و خانواده درباره خطرات هیپوگلیسمی شدید در ارتباط با مصرف الکل آموزش دهید.
- درمان جایگزینی آنزیم پانکراس جهت سوء تغذیه و استئاتوره آغاز می‌شود.
- جراحی جهت تسکین درد و ناراحتی شکم، حفظ درناژ ترشحات پانکراس و کاهش دفعات حمله (پانکراتیکو ـ ژژنوستومی) صورت می‌گیرد.
- میزان مرگ و میر و ناتوانی بعد از روش‌های جراحی به‌علت شرایط جسمی ضعیف بیمار قبل از جراحی و بروز همزمان سیروز بالا است.

تدابیر پرستاری

جهت رهنمودهای درمانی به مراقبت پرستاری پانکراتیت حاد مراجعه کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۰، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

P

بیماری پارکینسون Parkinson's Disease

بیماری پاراکینسون اختلال عصبی دژنراتیو پیش‌رونده همراه با درگیری مراکز مغزی مسؤول کنترل و تنظیم حرکات می‌باشد. نوع دژنراتیو یا ایدیوپاتیک بیماری پارکینسون شایع‌ترین نوع است. همچنین نوع ثانویه با علت مشخص یا مشکوک وجود دارد. علت بیماری غالباً ناشناخته است. بیماری معمولاً در دهه پنجم زندگی روی می‌دهد. از نظر شیوع چهارمین بیماری دژنراتیو عصبی می‌باشد.

پاتوفیزیولوژی

ذخایر نوروترانسمیتر دوپامین در ماده سیاه و کورپوس استراتوم به‌علت فرایند دژنراتیو کاهش می‌یابند. نتیجه عدم تعادل بین استیل کولین و دوپامین می‌باشد که حرکات ارادی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سایر مسیرهای

نروترانسمیتر ممکن است مبتلا شوند (مسؤول متابولیسم سلول، رشد، تغذیه و سایر موارد). دژنراسیون سلولی موجب اختلال مسیر اکستراپیرامیدال می‌شود. مسیراکستراپیرامیدال، عملکردهای نیمه خودکار و حرکات هماهنگ را کنترل می‌نماید. جریان خون موضعی مغز کاهش می‌یابد و شیوع زیاد دمانس وجود دارد. اطلاعات بیوشیمی و پاتولوژیک نشان می‌دهند که بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون و دمانس ممکن است بیماری آلزایمر نیز داشته باشند.

تظاهرات بالینی

سه علایم مهم بیماری پارکینسون لرز، سختی و برادی‌کینزی (حرکات آهسته غیرطبیعی) می‌باشند.

- اختلال حرکت: برادی کینزی شامل مشکل در شروع، حفظ و انجام فعالیت‌های حرکتی، سفتی یا سختی عضلات می‌باشند.
- لرزش: چرخش یک‌طرفه و آهسته بازو و دست و حرکت شمارش سکه (شست در مقابل سایر انگشتان)؛ لرزش حین استراحت و افزایش لرزش با تمرکز و اضطراب.
- ضعف عضلات.
- هیپوکینزی (کاهش غیرطبیعی حرکات)، اختلال در راه رفتن، وضعیت خمیده و عدم ثبات در وضعیت (از دست دادن بازتاب‌های وضعیتی و پدیده فریزینگ).

P

سایر مشخصات

بیماران تمایل به میکروگرافیا (نوشتن آهسته و کوچک کلمات) با کاهش مهارت دارند. مشخصات دیگر عبارتند از:

- دیس فونی (تکلم آهسته، کم فرکانس و به سختی قابل شنیدن)
- چهره همانند ماسک.
- از دست دادن بازتاب‌های وضعیتی: بیماران با سرخمیده به جلو می‌ایستند و با به صورت رانشی[1] راه می‌روند (یخ یخ راه رفتن)[2]؛ مشکل در چرخیدن و

1- Propulsive

از دست دادن تعادل، افزایش خطر سقوط.
- نشانه‌های افسردگی و اختلال روانی (تغییرات شخصیت، سایکوز، دمانس و گیجی).
- اختلالات خواب، تعریق غیر قابل کنترل، هیپوتانسیون ارتوستاتیک، احتباس معدی و ادراری و یبوست.

بررسی و روش‌های تشخیص

- تاریخچه بیمار و وجود دو تا سه علامت مهم: لرزش، سفتی عضله و برادی‌کینزی.
- اسکن توموگرافی با انتشار پوزیترون (PET).
- بررسی نرولوژیک و پاسخ به درمان طبی.

درمان طبی

هدف از درمان کنترل نشانه‌ها و حفظ استقلال می‌باشد؛ هیچ روشی از پیش‌رفت بیماری پیشگیری نمی‌کند.

درمان دارویی

- درمان با لوودوپا (دوپامین تبدیل می‌شود): داروی مؤثر برای تسکین نشانه‌ها است؛ معمولاً همراه با کار بی‌دوپا (سینمت)[3] داده می‌شود که مانع تجزیه لوودوپا می‌گردد.
- بودیپین[4] داروی غیر دو پامینرژیک و منوپارکینسون بوده که موجب کاهش آکینزیا، سفتی و ترمور می‌شود.
- داروهای آنتی‌هیستامین برای کاهش لرزش.
- آگونیست‌های دوپایین (برای مثال، پرگولید [پرماکس[5]]، بروموکریپتین مسیلات [پارلودل[6]]، روپینرول[7] و پرامیپکسول[8] بعد از آغاز درمان با

2- Shuffling gait
3- Carbidopa (Sinmet)
4- Budipine
5- Pergolide (Permax)
6- Bromocriptine mesylate (parlodel)

کاربی‌دوپا و لوودوپا تجویز می‌شوند.

- درمان ضدکولینرژیک برای کنترل لرزش و سفتی.
- آمانتادین هیدروکلراید (سیمترل)[9]، داروی ضدویروس برای کاهش سفتی، لرزش و برادی‌کینزی.
- مهارکننده‌های منوآمینواکسیداز (MAOIs) جهت مهار تجزیه دوپامین.
- داروهای ضدافسردگی.
- مهارکننده‌های کاتکول ـ O ـ متیل ترانسفراز[10] (COMT) تحت بررسی می‌باشند.

درمان جراحی

- جراحی برای تخریب قسمتی از تالاموس (استریوتاکتیک تالاموتومی[11] و پالیدوتومی[12]) برای قطع مسیرهای عصبی و تسکین لرزش یا سفتی.
- پیوند سلول‌های عصبی از بافت جنین انسان یا حیوان برای ایجاد منبعی جهت آزاد سازی طبیعی دوپامین.
- تحریک عمیق مغز با کاشت‌های مشابه پیس‌میکر در مغز اثرات خوبی را نشان داده است اما هنوز توسط FDA تصویب نشده است.

P

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا با پارکینسون

بررسی

پرستار بررسی می‌کند که چگونه بیماری فعالیت‌های زندگی روزانه و توانایی‌های عملکردی بیمار را تحت تأثیر قرار داده است و نیز تغییرات در عملکرد جسمی و رفتاری (چگونگی تحرک، راه رفتن، تفکر، صحبت کردن و نوشیدن) و پاسخ‌های بیمار به دارو در طول روز را بررسی می‌کند. سؤالات زیل ممکن است مشاهدات را تسهیل کنند:

7- Ropinirole 8- Pramipexole

9- Amantadine Hydrochloride (Symmetrel)

10- Catechol - O - methyltronsferase 11- Stereotactic thalamotomy

12- Pallidotomy

- آیا سفتی پا یا دست دارید؟
- آیا حرکت نامنظم دست یا پاها را تجربه کرده‌اید؟
- آیا بزاق دهان شما زیاد می‌باشد؟
- آیا شما (یا دیگران) به شکلک در آوردن یا تغییر چهره یا حرکات جویدن خودتان توجه کرده‌اید؟
- در انجام چه فعالیت‌های خاصی مشکل دارید؟
- آیا دچار انجماد یا تثبیت بر روی نقطه و عدم توانایی برای حرکت شده‌اید؟

تشخیص‌های پرستاری

- اختلال تحرک جسمی در ارتباط با سفتی عضلات و ضعف حرکتی.
- اختلال در مراقبت از خود (خوردن، نوشیدن، پوشیدن، بهداشت و آرایش کردن) در ارتباط با لرزش و اختلال حرکتی.
- یبوست در ارتباط با دارو و کاهش فعالیت.
- عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن در ارتباط با لرزش، کندی در خوردن، مشکل در جویدن و بلع.
- اختلال در برقراری ارتباط کلامی در ارتباط با کاهش تن صدا، آهسته شدن تکلم، ناتوایی برای حرکت عضلات صورت .
- سازگاری غیرمؤثر در ارتباط با افسردگی و اختلال در عملکرد ناشی از پیشرفت بیماری.
- اختلال در الگوی خواب.
- کمبودی آگاهی.
- سازگاری غیرمؤثر خانوادگی.
- اختلال در فرایندهای تفکر.
- احتمال صدمه.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف بیمار ممکن است شامل بهبود عملکرد حرکتی، استقلال در فعالیت‌های روزانه زندگی، دفع کافی روده‌ای، وضعیت قابل قبول تغذیه‌ای، برقرار ارتباط مؤثر و مکانیسم‌های سازگاری مثبت باشند.

مداخلات پرستاری

بهبود تحرک

- به بیمار در تدوین برنامه افزایش تدریجی ورزش روزانه برای افزایش قدرت عضله، بهبود هماهنگی، کاهش سفتی عضلانی و پیشگیری از کونتراکچر کمک کنید.
- ورزش برای حرکت مفصل را تشویق کنید (برای مثال دوچرخه ثابت، پیاده روی).
- ورزش‌های کششی و در دامنه حرکتی را جهت افزایش انعطاف‌پذیری مفاصل آموزش دهید.
- ورزش‌های وضعیتی برای مقابله با تمایل سروگردن جهت حرکت به جلو و پایین را تشویق کنید به بیمار در مورد مستقیم راه رفتن، نگاه کردن به روبرو و عرض زیاد پاها هنگام راه رفتن و حرکت پانولی بازوها با هر قدم، برداشتن گامها از پاشنه به انگشت و تمرین راه رفتن با موسیقی آموزش دهید. همچنین ورزش‌های تنفسی هنگام پیاده روی و دوره‌های مکرر استراحت جهت پیشگیری از خستگی را تشویق کنید.
- به بیمار توصیه کنید که حمام گرم و ماساژ به شل شدن عضلات کمک می‌کنند.

P

بهبود مراقبت از خود و استفاده از وسایل کمکی

- حین انجام فعالیتهای روزانه زندگی بیمار را تشویق کنید، آموزش دهید و حمایت نمایید.
- جهت جبران ناتوانیهای عملکردی محیط را اصلاح کنید.
- در صورت نیاز از کار درمان کمک بگیرید.
- در صورت نیاز وسایل / ابزار مخصوص جهت کمک به بیمار فراهم کنید (تثبیت‌کننده بشقاب، قاشق دسته بلند، فنجانی که مایع آن نمی‌ریزد).

بهبود عملکرد روده

- برنامه منظم روده‌ای را فراهم کنید.
- افزایش مصرف مایع؛ غذاهای حاوی مقادیر متوسط فیبر را بخورید.

- نشیمنگاه بلند برای استفاده راحت‌تر از توالت فراهم کنید.

بهبود بلع و تغذیه

- بلع را بهبود بخشیده و جهت پیشگیری از آسپیراسیون بیمار حین تغذیه در وضعیت نشسته کامل قرار گیرد.
- رژیم غذایی نیمه جامد با مایعات ژله‌ای جهت بلع راحت فراهم کنید.
- بیمار سر خود را مستقیم نگهدارد و تلاش آگاهانه برای بلع بزاق انجام دهد.
- تغذیه مکمل، و با پیشرفت بیماری تغذیه لوله بینی ـ معدی را فراهم نمایید.
- با متخصص تغذیه در مورد نیازهای غذایی بیمار مشورت کنید.
- وزن بیمار را به صورت هفتگی کنترل کنید.

بهبود برقراری ارتباط

- بیمار روبروی صورت شنونده قرار گیرد، به آهستگی و شمرده صحبت کنید و کلمات را بلند تلفظ کنید.
- به بیمار در مورد صحبت کردن با جملات کوتاه و انجام تعدادی تنفس پیش از صحبت کردن آموزش دهید.
- جهت کمک به بیمار با گفتار درمان هماهنگی نمایید.

حمایت از توانایی‌های سازگاری

- تبعیت کامل از برنامه ورزشی و پیاده روی را تشویق کنید؛ بر فعالیت‌های که از طریق شرکت فعال بیمار صورت می‌پذیرند، تأکید کنید.
- بیمار را مرتب تشویق کرده و اطمینان مجدد دهید.
- بیمار را در تنظیم اهداف قابل دسترس کمک کرده و تشویق کنید.
- بیمار را به انجام وظایف روزانه جهت کسب استقلال تشویق نمایید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

اهمیت حفظ استقلال در عملکرد تا حد ممکن را توضیح دهید. برنامه

آموزشی باید شامل توضیح واضح بیماری و درمان آن جهت غلبه بر اضطراب و ترس باشد. همچنین بیمار و خانواده نیاز به آگاهی درباره اثرات و عوارض جانبی داروها و اهمیت گزارش عوارض به پزشک دارند.

تداوم مراقبت

- از تنش خانواده‌ای که با یک عضو ناتوان زندگی می‌کند، آگاه باشید.
- مراقب را در برنامه‌ریزی شرکت دهید و با مراقب جهت یادگیری روش‌های کاهش تنش مشاوره نمایید.
- برای خانواده اطلاعاتی درباره درمان و مراقبت جهت پیشگیری از عوارض ارائه دهید.
- مراقب را به رهایی دوره‌ای از مسؤولیت‌ها، بررسی سلامتی سالیانه و شرکت در فعالیت‌های ترویج سلامتی تشویق کنید.
- به اعضاء خانواده اجازه دهید تا احساسات، اضطراب، ترس و گناه را بیان کنند.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- در جهت بهبود فعالیت تلاش می‌کند.
- به طرف مراقبت از خود پیشرفت می‌نماید.
- عملکرد روده‌ای حفظ شده است.
- به بهبود وضعیت تغذیه دست یافته است.
- یک روش برقراری ارتباط کسب نموده است.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۵، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Pelvic Infection (Pelvic Inflammatory Disease)

عفونت لگن (بیماری التهابی لگن)

عفونت لگن بیماری التهابی حفره لگن است که ممکن است رحم، لوله‌های رحمی، تخمدان‌ها، پریتوان لگنی یا سیستم عروقی لگن را درگیر کرده باشد.

عفونت ممکن است حاد، تحت حاد، عودکننده یا مزمن باشد و ممکن است موضعی یا منتشر باشد. معمولاً باکتریایی است اما ممکن است به‌علت ویروس، قارچ یا انگل نیز به‌وجود آمده باشد.

پاتوفیزیولوژی

ارگانیسم‌های پاتوژن معمولاً از طریق واژن وارد بدن شده واز کانال سرویکس وارد رحم می‌شوند و ممکن است به یک یا هر دو لوله رحمی یا تخمدان و داخل لگن وارد شوند. عفونت غالباً از طریق انتقال جنسی به‌وجود می‌آید اما ممکن است در اثر روش‌های تهاجمی همچون بیوپسی اندومتر، سقط جراحی، هیستروسکوپی یا گذاشتن IUD نیز ایجاد شود. ارگانیسم‌های شایع شامل گنوره‌آ، کلامیدیا و مایکوپلاسما می‌باشند. عفونت معمولاً دو طرفه است. عوامل خطر شامل سن کم هنگام اولین مقاربت، شرکای جنسی متعدد، تماس جنسی مکرر رفتارهای جنسی پرخطر، مقاربت بدون کاندوم، تاریخچه و بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی می‌باشند.

تظاهرات بالینی

نشانه‌ها ممکن است حاد و شدید یا خفیف و با شدت کم باشند.

- ترشح واژن، درد قسمت تحتانی شکم و تندرنس بعد از قاعدگی، افزایش درد حین دفع ادرار یا مدفوع.
- نشانه‌های سیستمیک شامل تب، ضعف عمومی، بی اشتهایی، تهوع، سردرد و استفراغ می‌باشند.
- تندرنس شدید در لمس رحم یا حرکت سرویکس (تندرنس حرکت دهانه رحم) حین معاینه لگن به‌وجود می‌آید.

عوارض

- پریتونیت لگن یا عمومی، تشکیل آبسه، چسبندگی و انسداد لوله‌های رحمی
- چسبندگی که نیازمند برداشتن رحم، لوله‌ها و تخمدان‌ها می‌باشد.
- باکتریمی همراه با شوک سپتیک و ترومبوفلبیت همراه با آمبولی احتمالی.

درمان طبی

آنتی‌بیوتیک درمانی وسیع‌الطیف آغاز می‌شود، عفونت‌های خفیف تا متوسط به صورت سرپایی درمان می‌شوند. اگر بیمار به‌صورت حاد و شدید ناخوش است، بستری ممکن است ضرورت یابد. در زمان بستری، بیمار روی رژیم درمانی استراحت در تخت، مایعات داخل وریدی و آنتی‌بیوتیک داخل وریدی قرار می‌گیرد. لوله بینی معدی و ساکش زمانی استفاده می‌شوند که ایلئوس وجود دارد، علایم حیاتی اصلاح می‌گردند. درمان شرکای جنسی جهت پیشگیری از عفونت مجدد ضروری است.

تدابیر پرستاری

روش‌های پرستاری شامل حمایت تغذیه بیمار و تزریق آنتی‌بیوتیک طبق تجویز می‌باشند. علایم حیاتی، ویژگی‌های اختلال و میزان ترشح واژن بررسی می‌شوند.

روش‌های راحتی شامل استفاده از گرما بر روی شکم و تجویز داروهای مسکن برای تسکین درد می‌باشند. سایر اقدامات پرستاری پیشگیری از انتقال عفونت به دیگران از طریق شستشوی دقیق دستها و رعایت احتیاطات و رهنمودهای بیمارستان برای از بین بردن وسایل آلوده (همانند پدها) می‌باشند. بیماران بستری باید در تحت استراحت کنند. جهت تسهیل خروج ترشحات در وضعیت نیمه نشسته قرار گیرند. پیش از ترخیص به بیماران روش‌های مراقبت از خود آموزش داده می‌شوند.

- بیمار را آگاه کنید که IUD ممکن است خطر عفونت را بیافزاید و به این دلیل آنتی‌بیوتیک تجویز می‌گردد.
- به بیمار در مورد استفاده از مراقبت مناسب پرینه و شستشو و خشک کردن از جلو به عقب آموزش دهید.
- به بیمار توصیه کنید که از شستشوی آن خودداری کند که می‌تواند فلورهای طبیعی را کاهش دهد.
- به بیمار بیاموزید که در صورت وجود ترشح غیرطبیعی و بدبو از واژن با مراقبین بهداشتی مشورت نماید.
- به بیمار درباره حفظ سلامت مطلوب از طریق تغذیه مناسب، ورزش، کنترل

P

وزن و روش‌های ایمن مقاربت (استفاده از کاندوم، پرهیز از شرکای جنسی متعدد) آموزش دهید.
- بیمار را به انجام معاینه ژنیکولوژی حداقل یکبار در سال توصیه کنید.
- درد لگن یا ترشح غیرطبیعی به ویژه بعد از تماس جنسی، زایمان یا جراحی لگن را ارزیابی کنید.
- به بیمار بیاموزید که شریک جنسی باید قبل و حین مقاربت کاندوم استفاده کند اگر احتمال انتقال عفونت وجود دارد.
- اطلاعاتی درباره علایم و نشانه‌های حاملگی خارج رحمی (درد، خون‌ریزی شکمی، ضعف ،سرگیجه و درد شانه) ارائه دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۷، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

پمفیگوس Pemphigus

پمفیگوس گروهی از اختلالات شدید پوستی هستند که با ایجاد تاول در پوست و غشاهای مخاطی (دهان و واژن) ظاهراً سالم مشخص می‌شود. شواهد نشان می‌دهند که پمفیگوس بیماری خود ایمنی ناشی از ایمنوگلبولین G (IgG) می‌باشد.

P

پاتوفیزیولوژی

تاول در اثر واکنش آنتی‌ژن ـ آنتی‌بادی به‌وجود می‌آید. میزان آنتی‌بادی سرم شدت بیماری را پیش‌بینی می‌کند. بیماری ممکن است با مصرف پنی‌سیلین و کاپتوپریل و میاستنی‌گراویس مرتبط باشد. عوامل ژنتیک نیز ممکن است نقش داشته باشند، بیشترین میزان شیوع در افراد ساکن مدیترانه می‌باشد. در زنان و مردان به نسبت مساوی در میانسالی و اواخر بزرگسالی روی می‌دهد.

تظاهرات بالینی

- بیشتر موارد دارای ضایعات دهانی با اشکال نامنظم، دردناک، خون‌ریزی دهنده و با ترمیم آهسته می‌باشند.
- تاول پوستی بزرگ می‌شود، پاره می‌شود و ناحیه بزرگ دردناک با کراست و

ترشح باقی می‌گذارد.
- بوی خاص از تاول متساعد می‌گردد.
- زمانی که کوچکترین فشاری به روی پوست سالم وارد می‌شود، تاول به‌وجود می‌آید (علامت نیکولکسی)[1]
- پوست مبتلا به کندی بهبود می‌یابد و اغلب نواحی زیادی از بدن مبتلا می‌گردد. عدم تعادل مایع و الکترولیت و هیپوآلبومینی ممکن است در اثر از دست دادن آب و پروتئین ایجاد شود.
- عفونت اضافی باکتریایی شایع است.

بررسی و روش‌های تشخیص

تشخیص از طریق بررسی بافت‌شناسی نمونه بیوپسی یا بررسی ایمنوفلورسانت سرم تأیید می‌شود، این بررسی‌ها آنتی‌بادی‌های پمفیگوس در گردش خون رانشان می‌دهند.

درمان طبی

اهداف درمان کنترل بیماری هرچه سریع‌تر، پیشگیری از دست دادن سرم و ایجاد عفونت ثانویه و تسریع اپیتلیزاسیون مجدد پوست می‌باشند.

P

- درمان اصلی: کورتیکواستروئیدهای خوراکی سیستمیک به مقدار زیاد. اقدامات ضروری برای مراقبت طبی شامل ارزیابی روزانه وزن بدن، فشارخون، قندخون و تعادل مایع می‌باشند.
- درمان کمکی: داروهای سرکوب سیستم ایمنی (برای مثال آزاتیوپرین (ایموران) سیکلوفسفامید (سیتوکسان)، طلا.
- پلاسما فرزیس جهت موارد تهدیدکننده زندگی صورت می‌گیرد.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به پمفیگوس

بررسی

سیر پیشرفت بیماری از طریق بررسی پوست از نظر ایجاد تاول‌های جدید و

1- Nikolsky's sign

نیز علایم و نشانه‌های عفونت بررسی می‌شود

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- درد حفره دهان و پوست در ارتباط با تاول و زخم.
- اختلال در تمامیت پوست در ارتباط با تاول پاره شده و زخم.
- اضطراب و سازگاری غیر مؤثر در ارتباط با ظاهر پوست و عدم امید به بهبودی.
- کمبودی آگاهی درباره داروها و عوارض جانبی.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- عفونت و سپسیس در ارتباط باافقدان سد محافظی پوست و غشاهای مخاطی.
- اختلال حجم مایعات و عدم تعادل الکترولیت در ارتباط بـا از دست دادن مایعات بافتی.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی شامل تسکین ناراحتی ناشی از ضایعات ترمیم پوست، کـاهش اضطراب، بهبود توانایی سازگاری و فقدان عوارض جانبی می‌باشند.

P

مداخلات پرستاری

تسکین ناراحتی دهان

- جهت پاکیزگی و دژنراسیون اپیتلیوم، بهداشت دقیق دهان را فراهم کنید.
- از دهانشویه‌های تجویز شده جهت شستشوی مکـرر دهـان از بـافت‌های مرده استفاده کنید. از دهان شویه‌های تجارتی پرهیز کنید.
- لبها را با لانولین، پترولاتوم یا روغن مرطوب کنید.
- هوای محیطی را مرطوب کنید.

بهبود تمامیت پوست

- حمام یا پانسمان خنک و مرطوب (محافظی و آرامش بخش) فراهم کنید.
- پیش از آغاز مراقبت از پوست داروهای مسکن را تجویز کنید.

- به دقت پوست را خشک کرده و پودر غیر محرک بر روی آن بپاشید.
- از به کارگیری چسب به‌علت احتمال ایجاد تاول‌های بیشتر پرهیز نمایید.
- جهت پرهیز از هیپوترمی، بیمار را گرم نگهدارید.

جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری صدمه سوختگی مراجعه کنید.

کاهش اضطراب

- نگرش مثبت و مراقبتی را نشان دهید؛ به بیمار فرصت بیان اضطراب‌ها، ناراحتی و احساس ناامیدی را بدهید.
- به بیمار و خانواده در مورد بیماری آموزش دهید.
- در صورت نیاز بیمار را جهت مشاوره روانی ارجاع دهید.

بررسی و درمان عوارض احتمالی

- پوست را جهت برداشتن بافت مرده و دبرید و پیشگیری از عفونت تمیز کنید.
- حفره دهان را از نظر عفونت‌های ثانویه و عفونت کاندیدا آلبیکانس ناشی از درمان با مقادیر زیاد استروئید مشاهده کنید؛ در صورت لزوم گزارش دهید.
- هرگونه عوارض بی‌اهمیت یا تغییرات جزیی را بررسی کنید زیرا کورتیکواستروئیدها علایم معمول عفونت را مخفی می‌سازند.
- تغییرات درجه حرارت و لرز را بررسی کنید؛ ترشحات را از نظر تغییرات نشان دهنده عفونت کنترل نمایید.
- طبق دستور، داروهای ضدمیکروبی را تجویز کنید و پاسخ به درمان را مورد توجه قرار دهید.
- از روش‌های مؤثر شستشوی دست استفاده کنید؛ از روش‌های ایزولاسیون محافظتی و احتیاط‌های استاندارد استفاده نمایید.
- از آلودگی محیطی پرهیز کنید (گردو غبار را با دستمال مرطوب پاک کرده و زمین را با ماپ[1] خیس شستشو دهید).

P

1- Mop

دستیابی به تعادل مایع و الکترولیت

- انفوزیون سالین برای کاهش سدیم کلراید تجویز کنید.
- از فرآورده‌های خونی برای حفظ حجم خون و هموگلوبین و غلظت‌های پروتئین پلاسما در صورت نیاز استفاده نمایید.
- تغذیه دهانی به مقدار کافی را تشویق کنید.
- آلبومین، هموگلوبین، هماتوکریت و پروتئین سرم را بررسی نمایید.
- غذاهای غیر محرک و خنک جهت هیدراتاسیون (آب سیب یا انگور) فراهم کنید؛ تنقلات و غذاهای پر پروتئین و پر کالری با حجم کم و در تعداد دفعات زیاد تهیه نمایید.
- اگر بیمار نمی‌تواند بخورد، تغذیه وریدی فراهم کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

درمان مداوم را تشویق کنید، زیرا بیماری با دوره‌های عود مشخص می‌شود. عوارض جانبی تجویز منظم کورتیکواستروئیدها را کنترل کنید. بیمار را به گزارش پیگیری منظم مراقبت سلامتی تشویق نمایید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- درد ناشی از ضایعات دهانی تسکین یافته است.
- به بهبود و ترمیم پوست دست یافته است.
- کاهش اضطراب و افزایش توانایی سازگاری را تجربه می‌کند.
- عفونت را تجربه نمی‌کند.
- عوارض جانبی را تجربه نمی‌کند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۶، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

زخم پپتیک Peptic ulcer

زخم پپتیک عبارت است از تشکیل حفره‌هایی در دیواره مخاطی معده، پیلور، دئودنوم یا مری. غالباً به‌عنوان زخم معده، دئودنوم یا مری (بسته به محل آن) اطلاق می‌شود. در اثر زخم نواحی از غشاء مخاطی ایجاد می‌شود. زخم پپتیک در دئودنوم بیشتر از معده روی می‌دهد. معمولاً تنها یک زخم وجود دارد اما ممکن است در یک زمان چندین ضایعه وجود داشته باشد. زخم‌های مزمن معمولاً در انحنای کوچک معده نزدیک پیلور روی می‌دهند. زخم پپتیک با عفونت باکتریایی، همچون هلیکوباکترپیلوری مری ارتباط دارد). غالباً در افراد بین ۴۰و۶۰ سال مشاهده می‌شود. بعد از یائسگی میزان بروز بین زنان تقریباً با آقایان برابر است. عوامل مستعدکننده شامل تاریخچه خانوادگی زخم پپتیک، گروه خونی O، مصرف مزمن داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی (NS AID) مصرف الکل، سیگار کشیدن زیاد و احتمالاً تنش زیاد می‌باشند. زخم‌های مری در اثر جریان برگشتی اسیدهیدروکلریک از معده به مری روی می‌دهند.

سندرم زولینجرالیسون (گاسترینوما)[1] زمانی وجود دارد که بیمار مبتلا به زخم پپتیک شدید یا زخمی می‌باشد که به درمان دارویی استاندارد مقاوم است. این سندرم شامل افزایش اسیدیته معده (ترشح بیش از حد شیره معده) زخم دئودنوم و گاسترینوما (تومورهای سلول جزایر که گاسترین ترشح می‌کنند، تومورهای خوش‌خیم یا بدخیم پانکراس) می‌باشند. حدود ۹۰٪ تومورها در مثلث معده یافت می‌شوند. حدود یک سوم گاسترینوماها بدخیم هستند. اسهال و استئاتوره (چربی جذب نشده در مدفوع) ممکن است وجود داشته باشند. این بیماران ممکن است همزمان آدنوم یا هیپرپلازی پاراتیروئید داشته باشند و علایم هیپرکلسمی را نشان دهند. شایع‌ترین شکایت در اپی‌گاستر است وجود هلیکوباکتر پیلوری عامل خطر نیست.

زخم تنشی اصطلاحی است که به زخم مخاطی حاد دئودنوم یا معده اطلاق می‌شود و بعد از وقایع تنش زای فیزیولوژیک همچون سوختگی، شوک، سپسیس شدید (به ویژه در بیماران وابسته به تهویه بعد از جراحی یا

P

1- Zollinger-Ellison syndrome (Gostrinoma)

بعد از تروما) و ترومای چندین ارگان روی می‌دهد. آندوسکوپی فیبراپتیک در ۲۴ ساعت اول صدمه ضایعات سطحی دیواره شکم رانشان می‌دهد در مدت ۷۲ ساعت، ضایعات متعدد معده مشاهده می‌شوند و با ادامه شرایط تنش زا، زخم‌ها گسترش می‌یابند. زمانی که بیمار بهبود می‌یابد، ضایعات برگشت می‌کنند؛ این الگو نشانه زخم تنشی است.

تظاهرات بالینی

- علایم زخم دئودنوم (شایع‌ترین زخم پپتیک) ممکن است روزها، هفته‌ها یا ماهها طول بکشند و ممکن است بدون علت فروکش کرده و مجدداً عود کند. بسیاری از بیماران زخم‌های بدون علامت دارند.
- درد گنگ، عذاب‌آور و احساس سوزش در اپی‌گاستر میانی یا پشت از علایم مشخصه هستند.
- درد از طریق خوردن یا مصرف قلیا تسکین می‌یابد؛ زمانی که معده خالی می‌شود یا اثر قلیا از بین برود درد شروع می‌شود.
- تندرنس موضعی شدید از طریق فشار ملایم روی اپیگاستر یا سمت راست خط وسط به‌وجود می‌آید؛ کمی تسکین از طریق فشار موضعی بر اپیگاستر حاصل می‌شود.
- سایر نشانه‌ها شامل پیروزیس (سوزش سردل) و احساس سوزش در مری و معده می‌باشند که به سمت دهان حرکت کرده و گاهی همراه با خروج باد گلو (آروغ زدن) می‌باشد.
- استفراغ در زخم دئودنوم بدون عارضه نادر است؛ ممکن است با تهوع آغاز شود و معمولاً بدنبال درد شدید یا تجمع گاز در شکم روی می‌دهد؛ از طریق تخلیه محتویات اسیدی معده تسکین می‌یابد.
- یبوست یا اسهال ممکن است در اثر رژیم غذایی یا داروها ایجاد شوند.
- خون‌ریزی (۱۵٪ بیماران مبتلا به زخم‌های گوارش) و مدفوع قیری ممکن است ایجاد شوند؛ مقدار کمی از بیماران دارای خون‌ریزی از زخم، سابقه مشکلات گوارشی را ندارند اما علایم بعداً ایجاد شده‌اند.

بررسی و روش‌های تشخیص

- معاینه جسمی (تندرنس اپی‌گاستر، اتساع شکم).
- آندوسکوپی (ارجح است، اما ممکن است بررسی دستگاه گوارش فوقانی با باریم صورت پذیرد).
- بررسی‌های تشخیصی شامل بررسی نمونه‌های مدفوع از نظر خون مخفی، بررسی‌های ترشحات معده و بیوپسی و بافت‌شناسی همراه با کشت جهت تعیین هلیکوباکتر پلیوری (تست تنفس ممکن است هلیکوباکترپیلوری را مشخص کند) می‌باشند.

درمان طبی

تغییرات سبک زندگی

- اهداف درمان شامل حذف هلیکوباکترپیلوری و کنترل اسیدمعده می‌باشند. (برای مثال، سبک زندگی عجولانه و برنامه نامنظم) و اجرای تغییرات همانند دوره‌های منظم استراحت در طول روز در مرحله حاد بیماری نیاز دارد. بیوفیدبک، هیپنوتیزم یا اصلاحات رفتاری ممکن است سودمند باشند.
- ترک سیگار قویاً تشویق می‌شود زیرا سیگار اسیدیته دئودنوم را افزایش داده و ترمیم زخم را مهار می‌کند. گروه‌های حمایتی ممکن است سودمند باشند.
- اصلاحات غذایی ممکن است مفید باشند. بیماران باید هر آنچه را که برایشان مفید است بخورند، غذاها در حجم کم و دفعات زیاد ضرورت ندارند اگر آنتی‌اسیدها یا مهارکننده‌های هیستامین قسمتی از درمان آنها را تشکیل می‌دهند. ترشح بیش از حد و هیپراسمولالیتی دستگاه گوارش می‌توانند از طریق پرهیز از افزایش بیش از حد درجه حرارت و تحریک زیاد توسط محدودیت مصرف گوشت به حداقل برسد. از نوشیدنی‌های الکلی و حاوی کافئین (شامل قهوه حاوی کافئین که ترشح اسید را تحریک می‌کند) باید پرهیز شوند. از رژیم غذایی غنی از شیر و کرم باید اجتناب شود زیرا آنها محرک ترشح اسید می‌باشند. بیمار به خوردن سه وعده غذا در روز تشویق می‌شود.

P

درمان دارویی

- آنتی‌بیوتیک‌ها همراه با مهارکننده‌های پمپ پروتون و نمک‌های بیسموت برای سرکوب باکتری هلیکوباکتر پیلوری.
- آنتاگونیست‌های گیرنده H2 جهت کاهش ترشح اسیدمعده، مقدار نگهدارنده آنتاگونیست‌های گیرنده H2 معمولاً برای یکسال توصیه می‌شوند. مهارکننده‌های پمپ پروتون (در مقدار زیاد در بیماران مبتلا به سندرم زولینجرالیسون) ممکن است تجویز شوند.
- داروهای محافظت‌کننده از سلول‌ها (سلول‌های مخاطی را از اسید یا NSAID محافظت می‌نمایند).
- ضداسیدها در ترکیب با سایمتیدین (تاگامت) یا رانیتیدین (زانتاک) برای درمان زخم استرس و استفاده پروفیلاکتیک.
- آنتی‌کولینرژیک‌ها (مهار ترشح اسید).
- بیمار باید از برنامه دارویی تجویز شده جهت اطمینان از بهبود کامل زخم تبعیت کند.

درمان جراحی

- با مصرف آنتاگونیست‌های گیرنده H2، اقدام جراحی کمتر شایع است.
- در صورت نیاز، جراحی معمولاً برای زخم‌های غیرقابل درمان (بویژه با سندرم زولینجرالیسون)، خونریزی تهدیدکننده زندگی، پارگی یا انسداد صورت می‌گیرد. روش‌های جراحی شامل واگوتومی، واگوتومی با پیلوروپلاستی یا بیلروت I یا II می‌باشند.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به زخم پپتیک

بررسی

- درد و روش‌های مورد استفاده برای تسکین آن را بررسی کنید؛ تاریخچه دقیق از جمله تاریخچه تغذیه ۷۲ ساعت گرفته شود.
- اگر بیمار استفراغ کرده است، تعیین کنید که آیا محتویات استفراغ حاوی خون روشن یا زمینه قهوه‌ای رنگ می‌باشد. این بررسی به تعیین منبع خون کمک می‌کند.
- خون در مدفوع را با آزمون خونی منفی در مدفوع بررسی کنید.

- از بیمار درباره عادات غذایی معمول، مصرف الکل و دارو و کشیدن سیگار و میزان تنش یا عصبانیت بپرسید.
- چگونه بیمار عصبانیت خود را ابراز می‌کند (بویژه در محل کار یا خانواده) را بپرسید، و اینکه آیا بیمار تنش شغلی یا مشکلات خانوادگی را تجربه می‌کند، تعیین نمائید.
- تاریخچه خانوادگی بیماری اولسر را تعیین کنید.
- علایم حیاتی را از نظر نشانه‌های آنمی (تاکی‌کاردی، هیپوتانسیون) بررسی کنید.
- شکم را از نظر تندرنس موضعی لمس کنید.
- سوء تغذیه و کاهش وزن را بررسی نمائید.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- درد در ارتباط با اثر ترشح اسیدمعده روی بافت صدمه دیده
- عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن در ارتباط با تغییرات در رژیم غذایی
- اضطراب در ارتباط با سازگاری با بیماری حاد
- کمبود، آگاهی درباره علایم پیشگیری‌کننده درمان بیماری

P

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

- خون ریزی: دستگاه گوارش فوقانی.
- پارگی.
- سوراخ شدگی.
- انسداد پیلوریک (انسداد دهانه معده).

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی بیمار ممکن است شامل تسکین درد، کاهش اضطراب، حفظ نیازهای غذایی، آگاهی درباره کنترل و پیشگیری از عود زخم و فقدان عوارض جانبی باشند.

مداخلات پرستاری

تسکین درد و بهبود تغذیه

- داروهای دستور داده شده را تجویز کنید.
- از آسپرین (ضدانعقاد) و غذاها و نوشیدنی‌های حاوی کافئین که افزاینده اسید هستند (کولا، چای، قهوه، شکلات) پرهیز نمایید.
- بیمار را به مصرف منظم غذاها در محیط آرام تشویق کنید.
- روش‌های تن‌آرامی را تشویق نموده و بیمار را به سازگاری با تنش و درد و ترک سیگار کمک کنید.

کاهش اضطراب

- آنچه که بیمار می‌خواهد درباره بیماری بداند را بررسی کنید و سطح اضطراب را ارزیابی نمایید؛ بیمار را به بیان ترسها به صورت باز و بدون نگرانی تشویق کنید.
- آزمون‌های تشخیص را توضیح دهید؛ داروها را طبق برنامه تجویز نمایید.
- به بیمار اطمینان دهید که پرستاران همیشه جهت کمک به رفع مشکلات در دسترس هستند.
- به روش آرامش بخش با بیمار ارتباط برقرار کنید، در تعیین تنش‌زاها کمک نموده و روش‌های سازگاری مؤثر و روش‌های تن آرامی را توضیح دهید.
- خانواده را به شرکت در مراقبت و حمایت عاطفی از بیمار تشویق کنید.

بررسی و کنترل عوارض جانبی

اگر خون‌ریزی یک عارضه می‌باشد

- بیمار را از نظر ضعف یا سرگیجه و تهوع (قبل یا حین خون‌ریزی) را بررسی کنید؛ خون را از نظر خون مخفی یا واضح بررسی کنید؛ علایم حیاتی را به‌طور مکرر کنترل نمایید (تاکی‌کاردی، هیپوتانسیون و تاکی‌پنه).
- جذب و دفع را بررسی نمایید؛ خط داخل وریدی را برای انفوزیون مایع و غذاها حفظ کنید.
- نتایج آزمایشگاهی را بررسی کنید (هموگلوبین و هماتوکریت).
- لوله بینی معدی را وارد کرده و تثبیت کنید و ترشحات را کنترل نمایید طبق

دستور لاواژ را انجام دهید.
- شوک هیپوولمیک را در صورت لزوم درمان کنید (جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری در شوک مراجعه کنید).

در صورت احتمال ایجاد پارگی و سوراخ شدگی:
- نشانه‌های سوراخ شدگی را بررسی و گزارش کنید (درد پشت و اپی‌گاستر که با دارو که قبلاً مؤثر بوده تسکین نمی‌یابد).
- نشانه‌های پارگی (درد ناگهانی شکم انتشار به شانه‌ها، استفراغ و کلاپس، تندرنس و سفتی شکم، هیپوتانسیون و تاکی کاردی یا سایر علام شوک) را بررسی و گزارش دهید.

جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت قبل و بعد از عمل جراحی مراجعه کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار
- به بیمار در درک بیمار و عوامل تشدیدکننده آن کمک کنید.
- به بیمار درباره داروهای تجویز شده از جمله اسم، مقدار، دفعات و عوارض جانبی احتمالی آموزش دهید، همچنین داروهایی همچون آسپرین که بیمار نباید مصرف کند را مشخص نمایید.
- به بیمار درباره داروهای خاص که مخاط معده را تحریک خواهند کرد (همچون قهوه، چای، کولا و الکل که موجب تولید اسید می‌شوند) آموزش دهید.
- بیمار را به خوردن منظم غذاها در محیط آرام و پرهیز از پرخوری تشویق کنید.
- توضیح دهید که سیگار کشیدن ممکن است مانع بهبود زخم شود؛ بیمار را به برنامه‌های کمک به ترک سیگار ارجاع دهید.
- به بیمار جهت کاهش و کنترل تنش از طریق منابع مشخص استرس در خانواده و محیط کار، استراحت در طول روز و استفاده از مشاوره روانی در صورت تمایل کمک کنید.
- بیمار را نسبت به علایم و نشانه‌های عوارضی که باید گزارش دهند،

همچون خون‌ریزی (پوست سرد، گیجی، افزایش تعداد ضربان قلب، تنفس مشکل، خون در مدفوع)؛ پارگی (درد شدید شکم، شکم سفت و تندرنس ،استفراغ درجه حرارت بالا، افزایش تعداد ضربان قلب)؛ انسداد پیلور / انسداد دهانه معده (تهوع، استفراغ، اتساع شکم و درد شکم) هوشیار کنید. جهت تعیین انسداد، لوله بینی ـ معدی وارد کرده و بررسی نمایید؛ حجم باقی‌مانده بیش از ۴۰۰ml نشانه انسداد است.

تداوم مراقبت

- به بیمار بیاموزید که نظارت مداوم برای حدود یکسال ضروری است.
- به بیمار بگویید که زخم گوارش می‌تواند عود کند؛ به بیمار جستجوی مراقبت طبی در زمان بروز نشانه‌های عود بیماری را توصیه کنید.
- بیمار و خانواده را آگاه کنید که جراحی درمان را تضمین نمی‌کند. احتمال عوارض بعد از عمل جراحی همچون عدم تحمل غذاهای شیرین و فرآورده‌های لبنی را بیان نمایید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- بین وعده‌های غذا عاری از درد می‌باشد.
- از طریق اجتناب از تنش، اضطراب کمی را تجربه می‌کند.
- از برنامه درمانی تبعیت می‌نماید.
- عوارض جانبی را تجربه نمی‌کند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۷، درستامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Pericarditis (Cardiac Tamponade)

پریکاردیت (تامپوناد قلبی)

پریکاردیت به التهاب پریکارد که کیسه غشایی اطراف قلب است اطلاق می‌شود. ممکن است اولیه باشد یا ممکن است در دوره انواع اختلالات طبی

و جراحی روی دهد. برخی علل ناشناخته هستند؛ سایر علل شامل عفونت (معمولاً ویروس، به ندرت باکتریایی یا قارچی)، اختلالات بافت همبند وضعیت هیپرتانسیو، بیماری‌های ساختارهای مجاور، نئوپلاسم، پرتودرمانی، تروما، اختلالات کلیه و سل می‌باشند.

پریکاردیت ممکن است حاد یا مزمن باشد و ممکن است بر اساس لایه‌های پریکارد که به اطراف متصل شده‌اند (چسبندگی) یا آنچه که در کیسه پریکارد تجمع یافته. سرم (سروزی)، چرک، رسوبات کلسیم، پروتئین‌های انعقادی یا خون طبقه‌بندی می‌شوند. پریکاردیت ممکن است موجب افزایش ضخامت و کاهش الاستیسیته پریکارد شده که توانایی قلب برای پر شدن با خون (پریکاردیت محدودکننده) را محدود می‌کند پریکارد ممکن است کلسیفیه شود که انقباض بطنی را محدود می‌کند. پریکاردیت می‌تواند موجب تجمع مایع در کیسه پریکارد (افیوژن پریکارد) و افزایش فشار در قلب در نتیجه تامپوناد قلبی شود.

تظاهرات بالینی پریکاردیت

- نشانه مشخصه درد و فرکشن راب است. درد بر روی پریکارد یا زیر کلاویکل و در ناحیه گردن و کتف سمت چپ احساس می‌شود و با تنفس، تغییر وضعیت و چرخش بدن تشدید می‌گردد؛ از طریق نشستن (یا به جلو خم شدن) تسکین می‌یابد.
- تنگی نفس ممکن است در نتیجه فشار پریکارد بر حرکات قلب به‌وجود آید.
- سایر علایم ممکن است شامل تب، افزایش گلبول‌های سفید خون و فرکشن راب یا ظاهر بسیار ناخوش باشند.

تظاهرات بالینی تامپوناد قلبی

- افت فشارخون، افزایش فشار وریدی (اتساع وریدهای گردن) و دور شدن (مبهم شدن) صداهای قلبی همراه با نبض پارادوکس.
- اضطراب، گیجی و وضعیت بی قراری.
- تنگی نفس، تاکی پنه و درد جلوی قفسه‌سینه.
- افزایش فشار ورید مرکزی (CVP).

بررسی و روش‌های تشخیص

تشخیص براساس علایم و نشانه‌های اکوکاردیوگرام و الکتروکاردیوگرام (ECG) گذاشته می‌شود.

درمان طبی

اهداف درمان تعیین علت، تجویز درمان برای علت خاص (هنگامی‌که شناخته‌شده باشد)، و بررسی تامپوناد قلبی (فشار قلب ناشی از تجمع مایع در پریکارد) می‌باشند.

استراحت در تخت زمانی شروع می‌شود که برون ده قلب مختل شود. تا رفع تب، درد قفسه‌سینه و فرکشن راب بیمار باید استراحت مطلق باشد. سپس افزایش تدریجی فعالیت با بهبود وضعیت بیمار اجازه داده می‌شود.

درمان دارویی: پریکاردیت

- داروهای مسکن مخدر برای تسکین درد در مدت مرحله حاد بیماری.
- داروهای مسکن و ضدالتهاب غیراستروئیدی جهت تسکین درد و افزایش باز جذب آب در پریکاردیت روماتیسمی. کولشی‌سین ممکن است به‌عنوان درمان جایگزین استفاده شود.
- کورتیکواستروئیدها جهت کنترل نشانه‌ها، تسریع رفع فرایند التهاب و پیشگیری از عود افیوژن پریکارد.
- پنی سیلین برای پریکاردیت ناشی از تب روماتیسمی.
- ایزونیازید، اتامبوتل، ریفامپین و استرپتوماسین برای پریکاردیت ناشی از سل.
- آمفوتریسین B برای پریکاردیت قارچی.

درمان جراحی: تامپوناد قلبی

- توراکوتومی برای صدمات نافذ قلبی.
- پریکاردیوسنتز برای کاهش مایع پریکارد.
- در صورت نیاز، جراحی برداشتن پریکارد (پریکاردیکتومی).



هشدار پرستاری: مهارت‌های بررسی پرستاری جهت پیش‌بینی و تشخیص علایم ترید تامپوناد قلبی مهم می‌باشند: کاهش فشار شریانی، افزایش فشار وریدی و دور شدن صداهای قلبی. فرکشن راب پریکارد را به دقت بررسی کنید.

فرآیند پرستاری: بیمار با تامپوناد قلبی

بررسی

- درد را از طریق مشاهده و ارزشیابی در حالی بررسی کنید که بیمار در وضعیت‌های مختلف قرار می‌گیرد تا عوامل تشدیدکننده مشخص شوند. (آیا درد تحت تأثیر حرکات تنفسی می‌باشد؟).
- به‌طور مکرر درجه حرارت را بررسی نمایید، زیرا پریکاردیت موجب شروع ناگهانی تب در بیمار با سابقه تب می‌شود.
- فرکشن راب پریکارد را بررسی کنید (فرکشن راب پریکارد مداوم است، از فرکشن راب پلور متمایز می‌شود).

جهت تمیز این دو از هم از بیمار بخواهید نفس خود را نگهدارد: در سمع قابل شنیدن، با ضربان قلب هماهنگ، در لبه چپ استرنوم در چهارمین فضای بین دنده‌ای جایی که پریکارد در تماس نزدیک با دیواره قفسه‌سینه است بهتر شنیده می‌شود، صدای مالیدن دو تکه چرم بر هم در انتهای بازدم بلندتر و ممکن است در وضعیت نشسته بهتر سمع شود.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- درد در ارتباط با التهاب پریکارد.

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

- افیوژن پریکارد.
- تامپوناد قلبی.

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی بیمار ممکن است شامل تسکین درد و فقدان عوارض جانبی باشند.

مداخلات پرستاری

تسکین درد

- استراحت در وضعیت نشسته و به جلو خم شده را توصیه کنید.

- به بیمار درباره آغاز انجام فعالیت‌های روزانه زندگی با رفع درد قفسه‌سینه و فرکشن راب آموزش دهید.
- داروها را تجویز کنید؛ پاسخ‌ها را بررسی و ثبت نمایید.
- به بیمار استراحت در تخت در صورت عود درد قفسه‌سینه و فرکشن‌راب آموزش دهید.

بررسی و کنترل عوارض احتمالی

- تامپوناد قلبی را بررسی کنید: افت فشار شریانی ؛ فشار سیستولیک کاهش می‌یابد در حالی‌که فشار دیاستولیک ثابت است؛ فشار نبض کم می‌شود؛ صداهای قلبی تا حد ناپدید شدن‌دور می‌شوند.
- اتساع ورید گردن و سایر علایم افزایش فشار ورید مرکزی را بررسی کنید.
- وجود هر یک از نشانه‌های فوق را فوراً به پزشک اطلاع دهید و بیمار را جهت پریکاردیوسنتز آماده کنید. به بیمار اطمینان مجدد دهید و علایم و نشانه‌های بیمار را تا رسیدن پزشک بررسی و ثبت کنید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- عاری از درد است.
- عوارض جانبی را تجربه نمی‌کند.
- به فعالیت‌های طبیعی روزانه زندگی باز می‌گردد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۹ و ۳۰، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Perioperative nursing managemnt

مراقبت پرستاری پیش از عمل جراحی

نگرانی‌های پیش از عمل جراحی

جراحی، انتخابی یا اورژانسی یک واقعه تنش‌زا و پیچیده است. جراحی ممکن است به دلایل مختلف صورت گیرد. ممکن است تشخیص باشد (برای مثال، نمونه بیوپسی یا لاپاراتومی اکتشافی) ممکن است به دلایل درمان انجام شود (برای مثال برداشتن تومور) ممکن است ترمیمی باشد (برای مثال ترمیم

زخم‌ها) ممکن است عمل جراحی برای زیبایی صورت گیرد (برای مثال لیفتینگ صورت). ممکن است تسکینی باشد (برای مثال تسکین درد) جراحی همچنین ممکن است براساس درجه فوریت طبقه‌بندی شود (اورژانس، فوری، ضروری، انتخابی و اختیاری).

مراقبت پرستاری

رضایت آگاهانه

- بر اطلاعات ارائه شده توسط جراح تأکید کنید.
- اگر بیمار نیاز به اطلاعات بیشتر جهت تصمیم‌گیری دارد به پزشک اطلاع دهید.
- اطمینان یابید که رضایت نامه پیش از تجویز داروی قبل از عمل جراحی امضاء شده است.
- زمانی که بیمار هوشیار نیست یا صلاحیت ندارد یا کم سن است (فردی که ازدواج کرده یا خود خانواده یا قیم قانونی جهت امضاء رضایت نامه حضور داشته باشد.
- رضایت نامه امضاء شده را در پرونده بیمار قرار دهید.

P

بررسی: بیمار بستری

- تاریخچه سلامتی بگیرید و معاینه جسمی جهت کنترل علایم حیاتی و اطلاعات پایه برای مقایسه‌های بعدی انجام دهید.
- وجود حساسیت، واکنش‌های آلرژیک قبلی، هرگونه حساسیت به دارو و عوارض جانبی گذشته به این داروها را تعیین کنید تاریخچه آسم برونشیال را به متخصص بیهوشی گزارش دهید.
- حین معاینه جسمی، به یافته‌های مهم جسمی همچون زخم‌های‌فشاری، ادم یا صداهای غیرطبیعی تنفسی که نشانه وضعیت عمومی بیمار هستند توجه کنید.
- تاریخچه دارویی گرفته و ثبت کنید؛ تاریخچه شامل مقدار و دفعات تجویز و داروهای بدون نسخه پزشک به ویژه کورتیکواستروئیدهای آدرنال، دیورتیک‌ها، فنوتیازین‌ها، ضدافسردگی‌ها، خواب‌آورها، انسولین و

آنتی‌بیوتیک‌ها می‌باشد.

- سطح معمول عملکرد بیمار و فعالیت‌های روزانه وی را بررسی کرده تا در برنامه‌های مراقبتی بهبودی یا نوتوانی کمک کنید.
- نیازهای غذایی را براساس قد و وزن بیمار، شاخص توده بدنی (BMI) بررسی ضخامت چین‌های پوستی قطر بازو و میزان پروتئین سرم یا تعادل نیتروژن تعیین کنید.
- دهان را از نظر پوسیدگی دندان، افتادگی و دندان مصنوعی بررسی کنید. دندان‌های پوسیده یا پروتز ممکن است حین لوله‌گذاری داخل تراشه جدا شده و راه هوایی را مسدود کنند.
- ارزش و قابلیت اعتماد سیستم‌های حمایتی بیمار را تعیین کنید؛ نقش خانواده یا دوستان بیمار را مشخص نمایید.
- نگرانی‌های بیمار که می‌توانند بر تجربه جراحی اثر بگذارند را بررسی کنید.
- گروه نژادی که بیمار به آن مرتبط است و رسوم و باورهای بیمار درباره بیماری و مراقبین بهداشتی را تعیین کنید.
- بیماران چاق را از نظرات شکم؛ فلبیت؛ و بیماری قلبی عروقی، بیماری‌های آندوکرین، کبدی و مجاری صفراوی که در بیماران چاق شایع‌تر هستند، بررسی کنید.
- نسبت به تاریخچه مصرف دارو یا الکل هنگام گرفتن تاریخچه هوشیار باشید؛ سؤوالات مستقیم و واضح بپرسید و نگرشی غیر قضاوتی داشته باشید.
- خفیف‌ترین نشانه‌ها یا کوچکترین افزایش درجه حرارت در بیماران مبتلا به اختلالات سیستم ایمنی (برای مثال، سندرم نقص سیستم ایمنی اکتسابی (AIDS)، لوسمی را بررسی نمایید؛ از روش‌های استریل استفاده کنید.

بررسی: جراحی سرپایی

- تاریخچه سلامتی از بیمار تحت عمل جراحی سرپایی یک روزه توسط مصاحبه تلفنی یا در بررسی پیش از پذیرش بگیرید از بیمار درباره تاریخچه سلامتی فعلی و گذشته، آلرژی‌ها، داروها، اقدامات قبل از عمل و عوامل روانی اجتماعی و دموگرافیک بپرسید.
- بررسی جسمی را در روز جراحی تکمیل نمایید.

ملاحظات سالمندی

سالمند تحت عمل جراحی را از نظر علایم نشاندهنده مشکلات زمینه‌ای بررسی کنید زیرا سالمندان ذخیره فیزیولوژیک (قلبی، کلیوی و عملکرد کبدی و فعالیت گوارش) کمتری نسبت به بیماران جوان دارند. همچنین بیماران سالمند را از نظر دهیدراتاسیون، هیپوولمی و عدم تعادل الکترولیت که می‌توانند مشکلات جدی در سالمندان باشند، بررسی نمایید.

تشخیص‌های پرستاری

- اضطراب در ارتباط با تجربه جراحی (بیهوشی، درد) و نتایج جراحی.
- احتمال برنامه مراقبتی و درمانی غیرمؤثر در ارتباط با کمبود آگاهی درباره روش‌های پیش از عمل و پروتکل‌ها و انتظارات بعد از عمل جراحی.
- ترس در ارتباط با تهدید درک شده از روش جراحی و جدایی از سیستم حمایتی.
- کمبود دانش و آگاهی در رابطه با فرآیند جراحی

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی بیمار تحت عمل جراحی ممکن است شامل تسکین اضطراب قبل از عمل جراحی، تغذیه و مایعات کافی، وضعیت مطلوب تنفسی و قلبی ـ عروقی، عملکرد مطلوب کبدی و کلیوی، تحرک و حرکت فعال بدن، آرامش روحی و آگاهی از آمادگی‌های قبل از عمل جراحی و انتظارات بعد از عمل جراحی می‌باشند.

مداخلات پرستاری

کاهش ترس و اضطراب؛ فراهم نمودن حمایت روانی ـ اجتماعی

- شونده خوب باشید، با بیمار همدردی کنید، و اطلاعاتی که به کاهش نگرانی‌ها کمک می‌کنند ارائه دهید.
- حین تماس‌های مقدماتی فرصت‌هایی به بیمار بدهید تا سؤالاتی بپرسد و با افرادی که ممکن است در مدت جراحی و بعد از آن از وی مراقبت کنند آشنا شوند.

- از نگرانی‌ها و ترس‌های بیمار درباره انجام جراحی از طریق گوش دادن و برقراری ارتباط درمانی آگاه شوید.
- ترس‌های بیمار را بررسی کنید و در صورت نیاز از سایر مراقبین بهداشتی کمک بگیرید.
- به بیمار روش‌های شناختی که ممکن است برای تسکین تنش غلبه بر اضطراب و دست یابی به آرامش از جمله تجسم ذهنی، انحراف فکر یا تفریح و سرگرمی مؤثر باشند، آموزش دهید.

فراهم نمودن تغذیه و مایعات کافی

- حمایت تغذیه‌ای طبق دستور پزشک فراهم نموده تا پیش از جراحی هرگونه کمبود غذایی را جهت فراهم نمودن پروتئین کافی برای ترمیم بافت تصحیح کنید.
- به بیمار بیاموزید که مصرف خوراکی غذا یا مایع باید ۸ تا ۱۰ ساعت قبل از جراحی متوقف شود، مگر اینکه پزشک اجازه مصرف مایعات شفاف تا ۳ الی ۴ ساعت قبل از جراحی را بدهد.
- بیمار را آگاه کنید که ممکن است در بعد از ظهر روزی که بعد آن عمل جراحی صورت گرفته غذای سبک داده شود یا زمانی که جراحی در بعد از ظهر انجام می‌شود و روی دستگاه گوارش صورت نمی‌گیرد، ممکن است صبحانه سبک داده شود.
- در بیماران دهیدراته و به ویژه سالمندان، مایعات دهانی قبل از جراحی را تشویق کنید و طبق دستور مایعات داخل وریدی را تجویز کنید.
- بیمار با تاریخچه مصرف مزمن الکل را از نظر سوء تغذیه و سایر مشکلات ،یستمیک که موجب افزایش خطر جراحی و علایم قطع مصرف الکل (ایجاد دلیریوم تا ۷۲ ساعت بعد از قطع مصرف الکل) می‌شوند، بررسی کنید.

بهبود وضعیت تنفسی و قلبی ـ عروقی

- بیمار را به ترک سیگار ۲ ماه قبل از جراحی (یا حداقل ۲۴ ساعت قبل) تشویق کنید.
- به بیمار ورزش‌های تنفسی و چگونگی استفاده از اسپیرومتر تشویقی را

آموزش دهید.

- بیمار مبتلا به بیماری تنفسی زمینه‌ای (برای مثال، آسم، بیماری مزمن انسدادی ریه [COPD]) را به دقت از نظر تهدیدات فعلی برای وضعیت ریوی بررسی کنید؛ استفاده از دارو توسط بیمار را که ممکن است بر بهبودی بعد از عمل جراحی تأثیر بگذارد بررسی نمایید.
- در بیمار مبتلا به بیمار قلبی ـ عروقی از تغییرات ناگهانی وضعیت، بی‌حرکتی طولانی مدت، هیپوتانسیون یا هیپوکسی و افزایش بار سیستم گردش خون با مایعات یا خون پرهیز کنید.

حمایت از عملکرد کبد و کلیه

- اگر بیمار اختلال کبد دارد به دقت انواع آزمون‌های عملکرد کبد و وضعیت اسید ـ باز بدن را بررسی نمایید.
- به‌طور مکرر میزان قندخون بیمار مبتلا به دیابت را قبل، حین و بعد از جراحی کنترل کنید.
- استفاده از داروهای استروئید برای هر هدفی در سال گذشته را به جراح یا متخصص بیهوشی گزارش دهید.
- بیمار را از نظر علایم نارسایی آدرنال بررسی کنید.
- بیماران مبتلا به اختلالات کنترل نشده تیروئید را از نظر تاریخچه تیروتوکسیکوز (با اختلالات هیپرتیروئیدی) یا نارسایی تنفسی (با اختلالات هیپوتیروئیدی) بررسی نمایید.

بهبود تحرک و حرکت فعال بدن

- علت تغییرات مکرر وزن بعد از جراحی (بهبود گردش خون، پیشگیری از استاز وریدی و بهبود عملکرد تنفسی) را توضیح دهید و به بیمار چگونگی تغییر وضعیت از پهلویی به پهلوی دیگر و قرارگیری در وضعیت پهلو بدون ایجاد درد یا قطع مسیر وریدی، لوله‌های درناژ یا سایر وسایل متصل به بیمار را نشان دهید.
- هر گونه وضعیت خاص بعد از عمل جراحی را (برای مثال دورکردن یا بالا قراردادن عضو) و اهمیت حفظ تحرک تا حد ممکن با وجود محدودیت‌ها را

توضیح دهید.
- به بیمار ورزش‌های اندامها، از جمله خم و راست کردن مفاصل زانو و ران (مشابه دو چرخه سواری در حالت دراز کشیده) چرخش پا (در بزرگترین دایره ممکن) و حرکت در دامنه حرکتی آرنج و شانه را آموزش دهید.
- از مکانیک مناسب بدن استفاده کنید و به بیمار انجام اقدامات مشابه را بیاموزید هنگام تغییر وضعیت بیمار، بدن را در راستای مناسب قرار دهید.

احترام به باورهای مذهبی و فرهنگی
- در صورت تقاضای بیمار، به وی در دریافت مساعدت روحی کمک کنید؛ به باورهای بیمار احترام گذاشته و حمایت کنید.
- بررسی کنید که آیا فرد کمک‌کننده درباره انجام جراحی آگاه است.
- هنگام بررسی درد، به خاطر داشته باشید که برخی گروه‌های فرهنگی در بیان احساساتشان مشکل دارند. افراد در برخی گروه‌های فرهنگی ممکن است با افراد دیگر تماس چشمی مستقیم برقرار نکنند؛ این کمبود تماس چشمی نشانه عدم علاقه نیست بلکه علامت احترام است.
- به بیمار به دقت گوش کنید به ویژه زمانی که تاریخچه می‌گیرد. استفاده در صحیح از مهارت‌های ارتباطی و مصاحبه می‌تواند به پرستار در دستیابی به اطلاعات با ارزش کمک کند. رویکرد بدون تعجیل همراه با درک و مراقبتی داشته باشید.

ارائه آموزش قبل از عمل جراحی به بیمار
- به هر بیمار به عنوان یک فرد با توجه به فردیت و نیازهای یادگیری منحصر به فرد آموزش دهید.
- آموزش را هر چه سریع‌تر آغاز کنید، در مطلب پزشک شروع کرده و در ملاقات پیش از پذیرش، هنگام انجام آزمون‌های تشخیص، حین ورود به اتاق عمل ادامه دهید.
- اطلاعات را در یک دوره زمانی ادامه دهید تا بیمار فرصت تجزیه و تحلیل آن و پرسش را داشته باشد
- جلسات آموزش را با انواع روش‌های آمادگی قبل از عمل ترکیب کرده تا

امکان جریان راحت اطلاعات را بدهید. روش‌ها و احساساتی که بیمار تجربه خواهد کرد را نیز توضیح دهید.

- در مدت ملاقات قبل از پذیرش ترتیب ملاقات بیمار و سؤالات خود از پرستار قبل از بیهوشی را بدهید از وسایل سمعی و بصری استفاده کنید و جزوات آموزش را مرور کنید. اگر سؤالات نزدیک عمل جراحی برای بیمار پیش آیند، شماره تلفن در اختیار بیمار قرار دهید.
- بر اطلاعات درباره نیاز احتمالی برای تهویه و وجود لوله‌های درناژ یا سایر انواع وسایل برای کمک به بیمار جهت سازگاری در دوره بعد از جراحی تأکید کنید.
- به بیمار توضیح دهید که چه زمانی بعد از عمل جراحی خانواده و دوستان قادر به ملاقات وی خواهند بود و نیز در صورت تمایل، فرد روحانی در دسترس خواهد بود.

آموزش بیمار تحت عمل جراحی سرپایی

- برای بیمار تحت عمل جراحی سرپایی، درباره ترخیص و مراقبت پیگیر در منزل آموزش دهید. می‌توان از طریق نوار ویدئویی، تلفن یا حین ملاقات گروهی، کلاس‌های شبانه، بررسی قبل از پذیرش یا مصاحبه قبل از جراحی آموزش را ارائه کرد.
- سؤالات را پاسخ داده و آنچه که باید انتظار داشته باشد را توضیح دهید.
- به بیمار زمان و محل گزارش آنچه باید با خود بیاورد (کارت بیمه، لیست داروها و آلرژیها)، آنچه باید به همراه خود نیاورد (طلا، ساعت، داروها و لنز تماس) و آنچه باید بپوشد (لباس سبک و راحت؛ کفش‌های بدون پاشنه) را توضیح دهید.
- در مدت آخرین تماس تلفنی قبل از عمل، به بیمار بگوئید که چیزی نخورد یا نیاشامد؛ مسواک زدن دندان مانعی ندارد، اما هیچ مایعی نباید نوشیده شود.

آموزش ورزش‌های تنفس عمیق و سرفه

- به بیمار بیاموزید که چگونه اتساع ریه و در نتیجه اکسیژناسیون خون بعد از بیهوشی را از طریق قرار گرفتن در وضعیت نشسته، انجام تنفس عمیق و

آهسته (دم تا حداکثر توان) و انجام بازدم به آهستگی بهبود بخشد.
- به بیمار نشان دهید که چگونه می‌تواند محل برش جراحی را جهت کاهش فشار و کنترل درد (اگر برش در شکم یا در قفسه‌سینه باشد) ثابت کند.
- بیمار را آگاه کنید که داروها جهت تسکین درد در دسترس هستند و باید به‌طور منظم جهت تسکین درد مصرف شوند تا قادر به انجام تنفس عمیق و سرفه باشد.

توضیح روش تسکین درد
- به بیمار درباره مصرف داروی مسکن در زمان‌های تجویز شده در دوره بعد از عمل جراحی برای تسکین درد آموزش دهید.
- استفاده از داروهای مسکن خوراکی قبل از جراحی را توضیح دهید و علاقه و تمایل بیمار برای شرکت در روش‌های تسکین درد را بررسی کنید.
- در استفاده از ابزار درجه‌بندی درد برای ارتقای درمان درد بعد از عمل آموزش دهید.

آمادگی روده برای جراحی
- طبق دستور قبل از عمل جراحی به بیمار داروی آنتی‌بیوتیک و انمای پاک‌کننده یا ملین در بعد از ظهر قبل از جراحی تجویز کرده و آموزش دهید و این دستورات را در صبح روز جراحی تکرار کنید.
- بیمار را به استفاده از توالت یا کمد کنار تخت به جای لگن جهت تخلیه انما تشویق کنید، مگر این که شرایط بیمار مانع این اقدام شود.

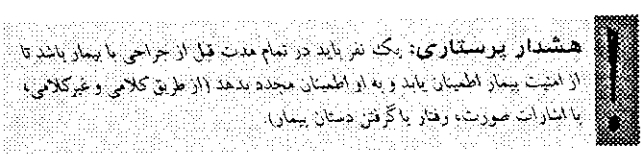
آماده نمودن بیمار برای جراحی
- به بیمار استفاده از دترژن‌های باکتری کشی برای چند روز در منزل را آموزش دهید (اگر جراحی اورژانس نیست).
- اگر مو تراشیده می‌شود، فوراً قبل از جراحی با استفاده از خود تراش برقی بتراشید.
- به بیماران گان بیمارستان که از پشت باز است بپوشانید.
- به‌طور کامل موی بیمار را با کلاه کاغذی یکبار مصرف بپوشانید؛ اگر

بیماری موهای بلند دارد، ممکن است کوتاه شود؛ سنجاق سر باید خارج گردند.

- دهان بیمار را مشاهده کرده و دندان‌های مصنوعی یا پروتز را خارج کنید.
- تمام جواهرات بیمار همچنین حلقه ازدواج را درآورید (اگر جواهرات خارج نمی‌شوند با چسب آنها را تثبیت کنید).
- تمام وسایل با ارزش همچون دندان مصنوعی یا پروتزها را به اعضاء خانواده بدهید یا در صورت نیاز بر روی آنها برچسب زده و اسم بیمار را نوشته و در جای مطمئن طبق سیاست مؤسسه حفظ کنید.
- به بیمار کمک کنید تا قبل از رفتن به اتاق عمل ادرار کند (بجز افراد مبتلا به اختلالات ادراری).
- طبق دستور پزشک داروهای قبل از بیهوشی را تجویز کرده و نرده‌های کنار تخت را بالا ببرید بیمار را از نظر عوارض غیر معمول به داروها بررسی کنید. جهت افزایش راحتی محیط اطراف را آرام نگهدارید.

انتقال بیمار به اتاق عمل

- پرونده کامل را به همراه بیمار به اتاق عمل بفرستید تمام گزارشات آزمایشگاهی رضایت نامه جراحی و گزارشات پرستاری را ضمیمه نمایید. هرگونه مشاهدات غیرطبیعی در لحظات آخر را که ممکن است با تحمل بیهوشی یا جراحی تداخل داشته باشد در جلوی پرونده در یک مکان قابل مشاهده ثبت کنید.
- بیمار را به محل قبل از عمل جراحی برده و در محیط آرام و عاری از صداها یا مکالمات ناخوشایند نگهدارید.



توجه به نیازهای اختصاصی بیماران سالمند

- سالمند را از نظر دهیدراتاسیون، یبوست و سوء تغذیه بررسی کنید؛ در

صورت وجود علایم گزارش دهید.

- یک محیط آرام برای بیمار سالمند مبتلا به محدودیت‌های حسی همچون اختلال بینایی یا شنوایی و کاهش حساسیت لمسی فراهم کنید.
- روش‌های حفاظتی را برای بیمار سالمند مبتلا به آرتریت که ممکن است تحرک و راحتی را درگیر کند، آغاز کند. برای نواحی حساس از پد به مقدار کافی استفاده کنید. بیمار را به آرامی حرکت دهید و از برجستگی‌های استخوانی در مقابل فشار طولانی مدت محافظت کنید. جهت بهبود گردش خون فرد را به آرامی ماساژ دهید.
- احتیاط‌های لازم را هنگام حرکت بیمار سالمند اتخاذ کنید زیرا کاهش تعریق موجب خشکی، خارش، شکنندگی پوست شده در نتیجه به راحتی دچار زخم می‌شود.
- هنگام جابجا کردن بیمار به اتاق عمل و بخش از پتوی پنبه‌ای سبک جهت پوشاندن بیمار استفاده کنید، زیرا کاهش چربی زیر جلدی افراد سالمند را مستعد تغییرات درجه حرارت می‌کند.
- برای بیمار سالمند فرصتی جهت بیان ترس‌ها فراهم کنید؛ این عمل در بیمار احساس آرامش ذهنی و احساس درک شدن ایجاد می‌کند.

برآورده ساختن نیازهای خانواده

- خانواده را به اتاق انتظار جراحی هدایت کنید جایی که جراحی ممکن است بعد از جراحی خانواده را ملاقات کند.
- به خانواده اطمینان مجدد دهید که آنها نباید خطرناک بودن عمل جراحی را براساس مدت زمان اقامت بیمار در اتاق عمل مورد قضاوت قرار دهند.
- خانواده در انتظار ملاقات بیمار بعد از عمل جراحی را آگاه کنید که به بیمار ممکن است وسایل مخصوص متصل باشند (برای مثال، خط وریدی، سوند ادراری، لوله بینی ـ معدی، شیشه ساکشن، سوند اکسیژن، ابزار مانیتورینگ و خط‌های ترانسفوزیون خون).
- زمانی که بیمار به اتاق باز می‌گردد، توضیحاتی درباره بررسی مکرر بعد از عمل جراحی ارائه دهید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- کاهش ترس و اضطراب را گزارش می‌دهد..
- درک اقدام جراحی را بیان می‌کند.

مراقبت پرستاری بعد از عمل جراحی

دوره بعد از عمل جراحی از زمان خروج بیمار از اتاق عمل تا آخرین ملاقات پیگیری جراح ادامه می‌یابد (به مدت یک هفته یا چند ماه). در مدت بعد از جراحی، مراقبت پرستاری در جهت برقراری مجدد تعادل فیزیولوژیک بیمار، تسکین درد، عوارض پیشگیری‌کننده و آموزش مراقبت از خود به بیمار می‌باشند. بررسی دقیق و اقدام فوری به بازگشت سریع طرفین بیمار به عملکرد مطلوب تا حد ممکن کمک می‌کند. مراقبت مداوم در جامعه از طریق مراقبت در منزل، پیگیری با تلفن یا ملاقات در درمانگاه یا مطب موجب بهبودی بدون عارضه می‌گردد.

مراقبت بعد از بیهوشی در برخی بیمارستانها و مراکز جراحی سرپایی به دو مرحله تقسیم می‌شود. مرحله I، دوره بهبودی فوری، نیازمند مراقبت پرستاری ویژه می‌باشد. مرحله II شامل بیماران نیازمند بررسی و مراقبت پرستاری کم می‌باشد. در بخش مرحله II، بیمار جهت ترخیص آماده می‌شود.

P

مراقبت پرستاری در PACU

بیماران تحت بیهوشی به بخش مراقبت بعد از بیهوشی (PACU) که سابقاً اتاق بهبودی بعد بیهوشی نامیده می‌شد که در کنار اتاق عمل است، منتقل می‌شوند. بیماران ممکن است برای ۴ تا ۶ ساعت یا حداقل ۱ تا۲ ساعت در PACU قرار بگیرند. در برخی موارد، بیمار به‌طور مستقیم از این اتاق به منزل مرخص می‌شود. ثبت اطلاعات و وقایع مراقبت در PACU عبارتند از:

- تشخیص پزشکی و نوع جراحی انجام شده.
- سن و وضعیت عمومی بیمار، باز بودن راه هوایی، علایم حیاتی.
- داروهای بیهوشی و سایر داروهای به کار رفته برای مثال مخدرها و سایر مسکن‌ها، شل‌کننده‌های عضلانی، آنتی‌بیوتیک‌ها.

- هرگونه مشکلی که در اتاق عمل اتاق افتاده که ممکن است بر مراقبت بعد از عمل جراحی تأثیر بگذارد (برای مثال خون ریزی وسیع، شوک، ایست قلبی).
- مایع تجویز شده میزان خون از دست رفته و جایگزین شده.
- هر گونه لوله، درناژ، کاتتر، یا وسایل کمکی دیگر
- اطلاعات اختصاصی درباره جراحی متخصص بیهوشی یا تکنسین بیهوشی باید ثبت شوند.
- اقدامات پاتولوژی (در صورت بدخیمی، آیا به بیمار یا خانواده اطلاع داده شده است).

اهداف مراقبت پرستاری برای بیمار در PACU فراهم نمودن مراقبت می‌باشد تا این که بیمار از اثرات بیهوشی (برای مثال تازمان بازگشت عملکرد حس و حرکتی) بهبود یابد، هوشیار شود، علایم حیاتی تثبیت گردند، و علایم خون‌ریزی رانشان ندهد.

نقش پرستار PACU

پرستار PACU ارزیابی مکرر از وضعیت اکسیژناسیون بیمار، حجم و ریتم نبض، عمق و ماهیت تنفس، رنگ پوست، سطح هوشیاری و توانایی برای پاسخ به دستورات را به عمل می‌آورد. در برخی موارد، میزان دی‌اکسیدکربن انتهای دم و بازدم ($ETCO_2$) نیز بررسی می‌گردد. همچنین پرستار بررسی پایه از طریق ارزیابی محل جراحی از نظر ترشح یا خون‌ریزی و اتصال تمام لوله‌های درناژ و خطوط مانیتورینگ به عمل می‌آورد. بعد از بررسی اولیه، پرستار علایم حیاتی را کنترل کرده و وضعیت جسمی بیمار را حداقل هر ۱۵ دقیقه بررسی می‌کند. از جمله بررسی عملکرد قلبی - عروقی با بررسی‌های فوق. پرستار راه‌های هوایی را باز نگهداشته و اکسیژن را تجویز می‌کند؛ ثبات قلبی عروقی را با پیشگیری، مشخص سریع و درمان خون‌ریزی، هیپرتانسیون، دیس ریتمی، هیپوتانسیون و شوک درمان می‌نماید؛ درد و اضطراب را می‌کاهد؛ و تهوع و استفراغ را کنترل می‌کند. همچنین پرستار به اطلاعات خاص از تاریخچه بیمار که ممکن است مهم باشند، توجه می‌کند (برای مثال مشکل در شنوایی، تاریخچه تشنج، دیابت، آلرژی نسبت به

داروها یا مواد خاص).

معمولاً روش‌های ذیل جهت تعیین آمادگی بیمار برای ترخیص از PACU استفاده می‌شوند.

- عملکرد ریوی طبیعی.
- نتایج پالس‌اکسی‌متری نشانه اشباع اکسیژنی کافی باشند.
- علایم حیاتی ثابت.
- آگاهی به زمان، مکان و شخص.
- برون ده ادراری بیش از ۳۰ml/h.
- تهوع و استفراغ تحت کنترل باشد.
- حداقل درد.

به بیماری که مستقیماً به منزل مرخص می‌شود، آموزش شفاهی و کتبی و اطلاعاتی درباره مراقبت پیگیر داده می‌شود.

مراقبت پرستاری در جراحی یک روزه

- بیمار و مراقب (برای مثال اعضای خانواده یا دوستان) را درباره نتایج مورد انتظار و تغییرات قابل پیش‌بینی و فوری بعد از عمل در ظرفیت بیمار جهت مراقبت از خود آگاه کنید.
- آموزش کتبی درباره مراقبت از زخم، فعالیت و رژیم غذایی توصیه شده، داروها و ملاقات‌های پیگیری به بخش جراحی یک روزه را با جراح ارائه کنید. آموزش کتبی و شفاهی درباره آنچه که باید بیمار بررسی کندو درباره اقدامات خاص هنگام بروز عوارض ارائه دهید.
- نسخه دارویی را به بیمار بدهید، شماره تلفن پرستار یا جراح را در اختیارش قرار دهید و بیمار و مراقب را به سئوال در صورت نیاز تشویق کنید. از تلفن‌های پیگیر پرستار یا جراح ممکن است برای بررسی پیشرفت بیمار و پاسخ به سؤوالات استفاده شود.
- به بیمار درباره محدودیت فعالیت برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت (پرهیز از رانندگی، نوشیدن الکل یا انجام وظایف نیازمند انرژی یا مهارت)؛ مصرف مایعات در حد تحمل و مصرف غذا با حجم کمتر از معمول آموزش دهید.
- به بیمار هشدار دهید که در این زمان تصمیمات مهم نگیرد زیرا داروها،

بیهوشی و جراحی ممکن است بر قدرت تفکر تأثیر بگذارند.
- بیمار را در صورت نیاز به مراقبت در منزل ارجاع دهید (بیماران سالمند یا ناتوان بیمارانی که تنها زندگی می‌کنند، بیماران با سایر مشکلات سلامتی که ممکن است در مراقبت از خود یا آغاز فعالیت‌های معمول اختلال ایجاد کنند).

مراقبت پرستاری در منزل بعد از عمل جراحی

- پرستار مراقبت در منزل وضعیت جسمی (برای مثال وضعیت تنفس و قلبی ـ عروقی، کفایت درمان درد، برش جراحی) بیمار و توانایی بیمار و خانواده برای تبعیت از توصیه‌های ارائه شده حین ترخیص را بررسی می‌کند. بر آموزش‌های قلبی تأکید می‌گردد.
- پرستار مراقبت در منزل ممکن است پانسمان جراحی یا کاتتر را تعویض کند یا چگونگی انجام این کار را به بیمار یا خانواده بیاموزد باز بودن سیستم تخلیه را بررسی کند داروها را تجویز کند یا چگونگی انجام این کار را به بیمار و خانواده بیاموزد و عوارض جراحی را بررسی کند.
- پرستار مراقبت در منزل تعیین می‌کند که آیا خدمات بیشتری مورد نیاز هستند و به بیمار و خانواده جهت هماهنگی کمک می‌کند (وسایل مورد نیاز، بیمار ممکن است بخواهد با گروهها یا منابع حمایتی تاس بگیرد).
- پرستار مراقبت در منزل بر آموزش قبلی تأکید کرده و بیمار را به انجام ملاقات‌های پیگیر تشویق می‌کند. به بیمار و خانواده درباره علایم و نشانه‌هایی که باید به جراح گزارش دهند، آموزش داده می‌شود.

مراقبت پرستاری بعد از عمل جراحی در بخش درمانگاه

- بخش بیمار را از طریق آماده کردن وسایل و تجهیزات ضروری آماده کنید: Pole داخل وریدی، ظرف مواد استفراغ، دستمال کاغذی، نگهدارنده مواد ترشحی، پدهای یکبار مصرف، پتو، فرمهای ثبت بعد از عمل جراحی.
- از پرستار PACU در مورد اطلاعات پایه از جمله اطلاعات دموگرافیک، تشخیص پزشکی، پروسیجر انجام شده، وجود سایر بیماریها، وقایع

غیرمنتظره حین عمل جراحی، میزان خون از دست رفته، نوع و مقدار مایعات دریافت شده، داروهای تجویز شده برای درد، آیا بیمار دفع ادرار داشته است، اطلاعات ارائه شده به بیمار و خانواده درباره بیماری و اطلاعاتی که باید به جراح، متخصص بیهوش یا تکنسین بیهوشی داده شود گزارش گرفته می‌شود.

- دستورات بعد از عمل جراحی مرور شده، بیمار به بخش پذیرش می‌شود، بررسی اولیه را انجام داده و نیازهای فوری بیمار را رفع کنید.
- در مدت ساعات اولیه بعد از جراحی، اقدامات بر کمک به بیمار جهت بهبودی از اثرات بیهوشی انجام بررسی‌های مکرر کنترل عوارض جانبی، کاهش درد و اجرای روش‌هایی جهت ترویج مراقبت از خود، مدیریت موفق برنامه درمانی، ترخیص و بهبودی کامل متمرکز هستند.
- در ساعات اولیه بعد از پذیرش به درمانگاه، تهویه کافی، ثبات همودینامیک، درد محل برش، پوست محل جراحی، تهوع و استفراغ، وضعیت عصبی و دفع خود به خود ادرار از نگرانی‌های اولیه و اصلی هستند.

هشدار پرستاری: نبض، فشارخون و تنفس را هر ۱۵ دقیقه برای اولین ساعت و هر ۳۰ دقیقه برای ۲ ساعت بعد کنترل کنید مگر اینکه کنترل با دفعات بیشتر ضرورت یابد. بعد از آن علایم حیاتی در صورت ثبات با دفعات کمتر کنترل می‌شوند درجه حرارت بیمار را هر ۴ ساعت برای ۲۴ ساعت اول بررسی کنید.

مداخلات پرستاری

باز نگهداشتن راه هوایی

- دستورات را بررسی و اکسیژن مکمل استفاده کنید. تعداد و عمق تنفس، راحتی تنفس، اشباع اکسیژنی و صداهای تنفسی را بررسی کنید.
- بیمار را از نظر انسداد راه هوایی در مواقعی که زبان به عقب برمی‌گردد و بیمار تنفس نامنظم و صدادار دارد و رنگ پوست آبی (سیانوزه) می‌باشد، بررسی کنید. راه هوایی پلاستیکی در دهان بیمار یا بینی قرار داده تا رفلکس کک باز گردد.
- بیمار را به تغییر مکرر وضعیت و ان ام تنفس‌های عمیق و سرفه حداقل هر ۲ ساعت تشویق کنید.

- به دقت به بیمار در بی حرکت کردن محل برش شکم یا توراکسی کمک کرده تا بیمار بر ترس از این که با سرفه ممکن است برش جراحی باز شود غلبه کند.
- داروهای ضددرد را جهت انجام سرفه‌های مؤثر با ساکشن بیمار در صورت نیاز تجویز کنید.
- به بیمار جهت استفاده ساعتی از اسپیرومتری انگیزشی هنگام بیدار بودن (۱۰ تنفس در ساعت) کمک کنید و وی را تشویق به استفاده از آن بکنید.

هشدار پرستاری: سرفه در بیماران که دچار صدمات سر هستند یا تحت عمل جراحی داخل جمجمه، جراحی چشم یا جراحی پلاستیک قرار گرفته‌اند ممنوع است.

حفظ ثبات قلبی ـ عروقی

- ثبات قلبی ـ عروقی را از طریق بررسی وضعیت ذهنی بیمار، علایم حیاتی؛ ریتم قلبی؛ درجه حرارت، رنگ و رطوبت پوست؛ و برون ده ادرار تحت نظر بگیرید.
- باز بودن تمام مسیرهای وریدی را بررسی کنید.
- در بیماری که به درمانگاه مراجعه می‌کند، محل جراحی را از نظر خونریزی، نوع و وضعیت پانسمان و درن‌ها (برای مثال پن روز، همووواک و جکسون پرات) مشاهده کنید.
- برون ده از سیستم‌های درناژ زخم و مقدار درناژ خونی در پانسمان جراحی را به‌طور مکرر بررسی کنید. مقدار و زمان ترشح روی پانسمانها را مشخص کنید؛ افزایش ترشح یا خون روشن را فوراً به پزشک گزارش دهید:
- پانسمان را با بانداژ استریل حمایت کرده و زمان را ثبت کنید پانسمان اولیه را تعویض نکنید؛ معمولاً به جراح اطلاع داده می‌شود.

هشدار پرستاری: فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰mmHg معمولاً باید فوراً گزارش می‌شود اگرچه فشارخون قبل از عمل یا پایه بیمار با فشارخون بعد از عمل جراحی مقایسه می‌شود فشارخونی که قبلاً ثابت بوده ولی بعد از عمل هر ۱۵ دقیقه ۵۰mmHg کاهش می‌یابد باید گزارش شود.

بررسی و تسکین درد

- میزان درد را با استفاده از مقیاس کلامی یا دیداری بررسی کرده و ویژگی‌های درد را ارزیابی کنید.
- با بیمار در مورد روش‌های تسکین درد جهت انتخاب بهترین روش بحث کنید. تأثیر دارو را به‌طور دوره‌ای از ۳۰ دقیقه بعد از تجویز دارو بررسی کنید (در صورت تجویز دارو به صورت وریدی سریع‌تر بررسی را آغاز کنید).
- دارو را در فواصل دستور داده شده یا در صورت نیاز بیش از تشدید درد یا غیر قابل تحمل شدن درد تجویز کنید. احتمال اعتیاد با استفاده از مخدرها برای کنترل کوتاه مدت درد کم است.
- از سایر روش‌های تسکین درد جهت تسکین موقت ناراحتی استفاده کنید (تغییر وضعیت بیمار، استفاده از انحراف فکر، استفاده از کمپرس خنک روی صورت و مالش پشت با استفاده از لوسیون).

حفظ درجه حرارت طبیعی بدن

- هر ۴ ساعت برای ۲۴ ساعت و سپس در هر شیفت عملکرد سیستم بدن و علایم حیاتی با درجه حرارت را کنترل کنید.
- علایم هیپوترمی را به پزشک گزارش دهید. احتمال هیپوترمی در سالمندان و افراد تحت عمل جراحی برای مدت طولانی وجود دارد.
- درجه حرارت اتاق را در حد راحت و مطلوب حفظ کنید و جهت جلوگیری از لرز از پتو استفاده نمایید.
- بیمار را از نظر دیس ریتمی قلبی بررسی کنید.
- جهت تعیین هیپرترمی بدخیم و درمان سریع آن تلاش کنید.

بررسی وضعیت ذهنی

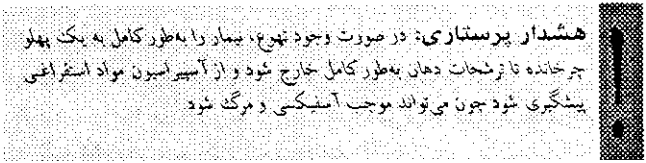
- وضعیت ذهنی، سطح هوشیاری، تکلم و آگاهی را بررسی کرده و با داده‌های پایه قبل از جراحی مقایسه کنید تغییر ممکن است در ارتباط با اضطراب، درد، داروها، کمبود اکسیژن یا خون‌ریزی باشد.
- علل احتمالی ناراحتی، همانند بانداژ سفت، آلوده به ترشحات یا مثانه متسع را بررسی کنید.

P

- منابع ناراحتی را بررسی و علایم جانبی را جهت درمان فوری به پزشک جراحی گزارش دهید.
- وضعیت عصبی عروقی را بررسی کنید (از بیمار بخواهید دست یا پای دیستال به محل جراحی را در دامنه حرکتی مفصل حرکت دهد، اطمینان یابید که تمام سطوح بدن حس سالم دارند و نبض‌های محیطی را بررسی کنید).

بررسی و کنترل عملکرد گوارش و بهبود تغذیه

- لوله بینی معدی را تثبیت کرده و باز بودن سیستم دناژ را کنترل کنید.
- درمان علامتی، شامل داروهای ضدتهوع برای تهوع و استفراغ ارائه دهید.
- داروهای فنوتیازین را طبق دستور برای سکسکه‌های مقاوم و شدید تجویز کنید.
- به بیمار جهت بازگشت تدریجی به رژیم غذایی طبیعی کمک کنید (در ابتدا مایعات، سپس غذاهای نرم همچون ژلاتین، جانکیت[1]، کاستارد[2]، شیر و سوپ به تدریج افزوده شده و سپس غذای جامد).
- به خاطر داشته باشید که ایلئوس پارالتیک و انسداد روده از عوارض احتمالی بعد از عمل جراحی هستند که به‌طور مکرر در بیماران تحت جراحی شکمی یا روده روی می‌دهند. به مبحث درمان اختلالات گوارش خاص مراجعه کنید.
- هماهنگ کنید تا بیمار با متخصص تغذیه جهت برنامه ریزی غذاهای پر پروتئین مشورت کند، این غذاها حاوی فیبر، کالری و ویتامین‌ها به مقدار کافی هستند مکمل‌های غذایی همچون ساستاکال[3] ممکن است توصیه شوند.
- به بیمار جهت دریافت مولتی ویتامین‌ها، آهن و مکمل‌های ویتامین C (در صورت تجویز) آموزش دهید.



1- Junkite
2- Custard
3- Sustacal

بررسی و کنترل دفع ارادی ادرار

- اتساع مثانه را بررسی کنید و بیمار را هنگام پذیرش در بخش و سپس به‌طور مکرر تشویق به دفع ادرار کنید (بیمار باید در مدت ۸ ساعت بعد از عمل جراحی ادرار کند).
- اگر بیمار احساس دفع داشته ولی نمی‌تواند ادرار کند یا اگر مثانه متسع است و بیمار احساس دفع ندارد یا نمی‌تواند ادرار کند، پیش از پایان ۸ ساعت برای وی کاتتریزاسیون انجام دهید.
- روش‌هایی را برای تشویق بیمار به دفع انجام دهید (برای مثال، صدای ریزش آب، استفاده از کمپرس گرم روی پرینه).
- جهت کاهش ناراحتی و سفت شدن خودکار عضلات و اسفنکتر مجرای ادرار لگن را گرم کنید.
- به بیمار که قادر به استفاده از لگن نیست در استفاده از توالت کنار تخت یا دفع ادرار به صورت نشسته یا ایستاده (در مردان) کمک کنید مگر اینکه منع شده باشد.
- نرده‌های کنار تخت را بالا ببرید تا از سقوط بیمار یا غش کردن در اثر فقدان هماهنگی ناشی از داروها یا هیپوتانسیون ارتوستاتیک جلوگیری شود.
- به مقدار ادرار دفع شده توجه کنید (کمتر از ۳۰cc/h را گزارش دهید) و ناحیه بالای پوبیک را از نظر اتساع یا تندرنس لمس کنید یا از وسایل اولتراسوند سیار جهت بررسی حجم باقی مانده استفاده کنید.
- کاتتریزاسیون متناوب را هر ۴ تا ۶ ساعت ادامه دهید تا بیمار بتواند به‌طور خود به خود ادرار کند و حجم باقی‌مانده ادرار در مثانه کمتر از ۱۰۰ml باشد.

تشویق انجام فعالیت

- بیماران جراحی را به تحرک هر چه سریع‌تر تشویق کنید.
- به بیماران اهمیت شروع تحرک در پیشگیری از عوارض جانبی را بیان کنید (به غلبه بر ترس‌ها کمک کنید).
- هیپوتانسیون ارتوستاتیک را پیش‌بینی کرده و از آن اجتناب کنید (هیپوتانیسون وضعیتی: افت ۲۰۰mmHg در فشارسیستول یا ۱۰mmHg

P

در فشارخون دیاستول، ضعف، سرگیجه و غش).
- احساس سرگیجه و فشارخون بیمار را به ترتیب در وضعیت به پشت خوابیده، نشسته و ایستاده با فاصله ۲ تا ۳ دقیقه بررسی کنید.
- به بیمار در تغییر وضعیت به تدریج کمک کنید. اگر بیمار دچار سرگیجه شود در وضعیت خوابیده قرار گرفته و بعد از چند ساعت بلند شود.
- زمانی که بیمار از تخت بلند می‌شود، در کنار بیمار قرار گرفته تا از وی حمایت جسمی و تشویق به عمل آورید.
- مراقبت باشید که بیمار خسته نشود.
- بیمار را به انجام ورزش در تخت جهت بهبود گردش خون تشویق کنید (حرکت بازوها، دستها، انگشتان و پاها در دامنه حرکتی، خم کردن و بلند کردن پا؛ انقباض عضلات شکم و گلوتئال).
- تغییر مکرر وضعیت هرچه سریع‌تر در دوره بعد از عمل جراحی را تشویق کنید تا گردش خون بهبود. یابد از وضعیت‌هایی اجتناب کنید که بازگشت وریدی را مختل می‌کنند (بالابردن زانو یا قرار دادن بالش زیر زانو، نشستن برای مدت طولانی و آویزان کردن پاها با فشار در پشت زانوها).
- از جوراب ضدآمبولی استفاده کرده و به بیمار در تحرک سریع کمک کنید. پیش از خروج بیمار از تخت دستور شروع فعالیت بعد از عمل جراحی را کنترل کنید. سپس بیمار را وادار کنید که در ابتدا برای چند دقیقه لبه تخت بنشیند؛ در صورت تحمل حرکت کردن را ادامه دهد.

بهبود تعادل مایع

- بیمار را به دقت از نظر تعیین و تصحیح شرایطی همچون کمبود حجم مایع، تغییر پرفیوژن بافت و کاهش برون ده قلب بررسی کنید.
- باز بودن خطوط وریدی را بررسی کنید، اطمینان یابید که مایعات مناسب با سرعت دستور داده شده تجویز می‌شوند (تا ۲۴ ساعت یا تا زمانی که بیمار مایعات خوراکی را تحمل کند).
- جذب و دفع مایعات از جمله استفراغ و برون ده سیستم‌های درناژ زخم را به‌طور جداگانه ثبت کنید و جهت تعیین تعادل مایع (همراه با کتتر ادراری، بررسی ساعتی برون ده و ثبت میزان کمتر از ۳۰ml/h، اگر بیمار ادرار

می‌کند برون ده کمتر از ۲۴۰ml در هر شیفت را گزارش دهید) بکار برید.
- میزان الکترولیت و هموگلوبین و هماتوکریت را بررسی کنید.

ترویج مراقبت از خود
- بیمار را به انجام اقدامات بهداشتی معمول در حد ممکن در روز اول بعد از جراحی تشویق کنید (بیمار جهت استحمام با ظرف شستشوی کنار تخت در کنار تخت بنشیند یا در صورت امکان به بیمار کمک کنید تا به حمام منتقل شود و بر روی صندلی در وان بنشیند).
- به بیمار در پیمودن یک مسافت (طول منزل یا آپارتمان) کمک کنید، بدون کمک به تخت رفته یا بلند شود و جهت آرایش کردن و آماده شدن برای ترخیص مستقل عمل کند.
- از بیمار بخواهید تا حد ممکن فعالیت‌هایش را انجام داده سپس درخواست کمک کند. با بیمار جهت فعالیت پیش‌رونده همکاری کرده و قبل، حین و بعد از فعالیت برنامه‌ریزی شده علایم حیاتی را بررسی کنید.
- حمایت عاطفی جهت حفظ امنیت بیمار به عمل آورید و نگرش مثبت درباره توانایی بیمار برای انجام فعالیت و ایجاد اعتماد ارائه دهید.
- هنگام تعویض پانسمان، به بیمار چگونگی مراقبت از محل برش جراحی و تعویض پانسمان در منزل را آموزش دهید. علایم را که نشانه آمادگی بیمار جهت یادگیری می‌باشند، همچون نگاه کردن به محل برش جراحی، بیان علاقه یا کمک در تغییر وضعیت بررسی کنید.

حفظ محیط ایمن
- نرده‌های کنار تخت را بالا برده و تخت در وضعیت نزدیک به زمین باشد.
- سطح هوشیاری و آگاهی را بررسی کنید.
- تعیین کنید که آیا بیمار به عینک یا وسایل کمک شنوایی نیاز دارد آنها را هر چه سریع‌تر مهیا کنید.
- تمام وسایل مورد نیاز بیمار را در دسترس وی قرار دهید (از جمله استفاده از زنگ خبر).
- دستورات فوری بعد از عمل جراحی در مورد تغییر وضعیت وسایل یا

اقدامات خاص را اجرا کنید.
- از بیمار بخواهید جهت انجام فعالیت‌ها کمک بگیرد.
- در صورت نیاز از محدودکننده‌ها استفاده کنید (بیمار ناآگاه) و به‌طور مکرر وضعیت عصبی عروقی را بررسی نمایید.

فراهم نمودن حمایت عاطفی برای بیمار و خانواده
- به بیمار و خانواده در کنترل اضطرابشان از طریق دادن اطمینان و ارائه اطلاعات و صرف زمان جهت گوش دادن به نگرانی‌هایشان کمک کنید.
- برنامه‌های بیمارستان و انتظارات در ساعتها و روزهای بستری تا زمان ترخیص را توضیح دهید.
- هدف از بررسی پرستاری و اقدامات را بیان کنید.
- بیمار را آگاه کنید که چه موقع می‌تواند بخورد یا بیاشامد، چه زمانی می‌تواند از تخت بلند شود، چه موقع لوله‌ها و درن‌ها خارج می‌شوند و غیره تا به آنها در دستیابی به احساس تسلط بر موقعیت و شرکت در فرایند بهبودی کمک کنید.
- نگرانی‌های خانواده را مشخص کرده و بپذیرید و شرکت آنها در مراقبت از بیمار را تشویق نمایید.
- محیط را جهت استراحت و آرامش بیمار اصلاح کنید: فراهم نمودن خلوت، کاهش سرو صدا، تنظیم نور، فراهم نمودن صندلی راحت برای اعضای خانواده و انجام سایر روشهای حمایتی.

بررسی و پیشگیری از عوارض بعد از عمل جراحی
- پیشگیری از ترومبوز ورید عمقی
- علایم ترومبوز عمیق (DVT) را بررسی کنید که ممکن است شامل درد یا کرامپ در ساق پا در وضعیت دورسی‌فلکشن (علامت هومن) باشد؛ درد و تندرنس ممکن است در اثر ورم دردناک کل پا به‌وجود آید ولی ممکن است با تب خفیف و گاهی لرز و تعریق همراه باشد.
- درمان پروفیلاکتیک را برای بیماران در معرض خطر تجویز کنید (هپارین زیر جلدی با مقدار کم و سپس وارفارین، فشار پنوماتیک خارجی و

جوراب‌های الاستیک بلند).

- از به‌کارگیری رول پتو، رول بالش یا هر نوع بالا بردن عضوی که می‌تواند عروق زیر زانو را مسدود کند پرهیز کنید حتی آویزان کردن پا برای مدت طولانی (بیمار در لبه تخت با پاهای آویزان از تخت بنشیند) می‌تواند خطرناک باشد و در افراد مشکوک و مستعد توصیه نمی‌شود.
- هیدراتاسیون کافی را تشویق کنید (دادن آب و آب میوه در طول روز).

بررسی و درمان هیپوتانسیون و شوک

- علایم شوک را به دقت بررسی کنید (افت فشار وریدی، افزایش مقاومت محیطی و تاکی کاردی یا افت فشارخون) اگر مقدار کاهش خون بیش از ۵۰۰ml است به ویژه اگر از دست دادن خون سریع باشد جایگزینی آن معمولاً ضروری است.
- علایم کلاسیک شوک را کنترل کنید: رنگ پریده، پوست سرد و مرطوب، تنفس سریع، سیانوز لبها، لثه‌ها و زبان، نبض سریع نخی، وضعیت کاهش فشار نبض، کاهش فشارخون و ادرار غلیظ.
- از شوک هیپوولمیک از طریق تجویز به موقع مایعات داخل وریدی، خون و داروهایی که فشارخون را می‌افزایند پیشگیری کنید.
- درد را از طریق راحت کردن بیمار تا حد ممکن و از طریق استفاده از مخدرها کنترل کنید درجه حرارت بدن را جهت پیشگیری از اتساع عروقی در حد طبیعی حفظ کنید.
- طبق دستور مایعات (محلول رینگرلاکتات یا فرآورده خونی) جایگزین را تجویز کنید.
- اکسیژن را از طریق کانول بینی، ماسک صورت یا تهویه مکانیکی تجویز نمایید.
- کاردیوتونیک‌ها، و ازودیولاتورها یا استروئیدها را برای بهبود عملکرد قلبی و کاهش مقاومت عروق محیطی تجویز کنید بیمار را گرم نگهدارید اگر چه از حرارت بیش از حد جهت پیشگیری از دیلاتاسیون وریدی اجتناب نمایید.
- بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار دهید و پاها را بالا ببرید.

P

- تعداد تنفس و نبض، فشارخون، غلظت اکسیژن، برون‌ده ادراری، سطح هوشیاری، فشار ورید مرکزی، فشار شریان ریوی، فشار وج مویرگ‌های ریه و برون‌ده قلب را برای کسب اطلاعات درباره وضعیت تنفس و قلبی-عروقی بررسی کنید.
- علایم حیاتی بیمار را به‌طور مداوم تا زمان تثبیت بیماری کنترل نمایید.

تشخیص و به حداقل رساندن خون‌ریزی

- به علایم کاهش شدید خون (بی‌قراری و تشنگی پوست سرد، مرطوب رنگ پریده، افزایش تعداد نبض گاهی درجه حرارت و تنفس سریع و عمیق، گرسنگی هوا) توجه کنید.
- اگر خون ریزی بدون درمان پیشرفت کند برون ده قلب کاهش می‌یابد فشارخون شریانی و وریدی و سطح هموگلوبین به سرعت افت می‌کند لبها رنگ پریده می‌شوند، لکه‌هایی جلوی چشم ظاهر می‌شوند، در گوش‌ها صدای زنگ شنیده می‌شود و بیمار ضعیف‌تر می‌گردد اما نزدیک مرگ هوشیار باقی می‌ماند.
- خون یا فراورده خونی را تجویز کرده و علت خون ریزی را تعیین کنید.
- محل جراحی و برش را از نظر خون ریزی مشاهده کنید اگر خون ریزی وجود دارد از گاز استریل و پانسمان فشاری استفاده کرده و محل خون ریزی را تا سطح قلب بالا ببرید بیمار را در وضعیت شوک قرار دهید (خوابیده به پشت، بالا قرار دادن پاها تا زاویه ۲۰ درجه در حالی که زانوها راست نگهداشته می‌شوند) در صورت نیاز بیمار را برای بازگشت برای جراحی آماده کنید.
- ملاحظات خاص برای بیمارانی که ممنوعیت ترانسفوزیون خون دارند و برای افرادی که نیازهای خاص با پیشرفت بیماری یا در وضعیت نامه دارند، ارائه دهید.

هشدار پرستاری: تجویز مایعات به مقدار زیاد و یا بسیار سریع ممکن است فشارخون را به حدی بالا برده که مجدداً خون ریزی آغاز شود.

درمان عوارض زخم

- هماتوم: خون ریزی زیر جلد در ناحیه جراحی را بررسی کنید ممکن است موجب تشکیل لخته (هماتوم) در زخم شود (اگر لخته بزرگ باشد زخم ممکن است دوشیده شود و ترمیم تا زمان خارج شدن لخته به تاخیر می‌افتد.) بیمار را برای برداشتن بخیه‌ها توسط پزشک، کشیدن لخته و پانسمان سبک زخم آماده کنید. بهبودی معمولاً از طریق گرانولاسیون روی می‌دهد یا ممکن است اقدامات بیشتر صورت گیرند.
- عفونت (سپسیس زخم): عفونت زخم را بررسی کنید (یا به بیمار و خانواده آموزش دهید) ممکن است تا پنج روز بعد از عمل مشخص نشود. عوامل خطر سپسیس زخم شامل آلودگی زخم، اجسام خارجی، بخیه نادرست، بافت مرده، هماتوم، ضعیف بودن دهیدراتاسیون، سوء تغذیه، کم‌خونی، سن زیاد، چاقی شدید، شوک، طول مدت بستری پیش از جراحی، مدت جراحی و اختلالات همراه (برای مثال دیابت ملیتوس سرکوب سیستم ایمنی) می‌باشند علایم و نشانه‌های عفونت شامل افزایش نبض و درجه حرارت، افزایش تعداد گلبول‌های سفید خون، ادم زخم، گرما، تندرنس یا ترشح و درد محل برش جراحی) می‌باشند. علایم موضعی ممکن است در صورت وجود عفونت عمقی مشاهده نگردد.
- اگر عفونت زخم در اثر سپسیس استرپتوکوک بتاهمولتیک یا کلاستریدیوم به‌وجود آید، از انتشار عفونت به دیگران جلوگیری کنید. مراقبت پرستاری ویژه و مراقبت از زخم باز و درن به عمل آورید. در صورت نیاز اگر عفونت عمیق است بیمار را برای برش جراحی و درناژ آماده کنید درمان ضدمیکروبی تجویز کرده و برنامه مراقبتی از زخم را آغاز کنید.
- شکاف زخم و بیرون زدن احشاء از زخم: شکاف زخم (اختلال محل برش جراحی یا زخم) و بیرون زدن احشاء از زخم (بیرون زدگی محتویات از زخم) که عارضه خطرناکی است به ویژه زمانی‌که برشها یا زخم‌های شکمی را مبتلا سازد. اولین علامت ممکن است ترشحات خونی (ترشح سروزی) که ممکن است از شکم بیرون بزند یا قسمتی از روده که بیرون می‌زند است. درد و استفراغ ممکن است وجود داشته باشد و گاهی بیمار بیان می‌کند که چیزی بیرون می‌زند. بیماران دارای عوامل خطر را به دقت بررسی کنید

(بیماران مبتلا به عفونت، اتساع شدید، سرفه شدید، افزایش سن، وضعیت تغذیه نامناسب و وجود بیماری ریه یا قلبی ـ عروقی در بیمارانی که تحت جراحی شکم قرار گرفته‌اند) اگر شکاف برش جراحی روی دهد بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید و به او بیاموزید که به آرامی دراز کشیده تا بیرون زدگی بافت‌های بدن به حداقل برسند. بافت یا روده‌های بیرون‌زده را با پانسمان استریل مرطوب شده با نرمال سالین بپوشانید و فوراً به جراح اطلاع دهید. از شکم‌بند به‌عنوان روش پروفیلاکتیک در مقابل بیرون‌زدگی احشاء استفاده کنید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

اگرچه نیازهای خاص به فردیت بیماران و روش‌های اختصاصی که بر روی آنها صورت گرفته‌اند بستگی دارند ولی آموزش بیمار بعد از جراحی عبارتند از:

- آموزش‌های ترخیص برای کمک به بیماران در کسب مهارت جهت رفع نیازهای مراقبت از خود بعد از عمل جراحی را ارائه دهید.
- برای مراقبت از بیمار با خدمات جامعه محور همچون پرستار مراقبت در منزل در صورت نیاز (بیماران سالمند، بیمارانی که تنها زندگی می‌کنند یا بیماران بدون حمایت خانوادگی) هماهنگی ایجاد کنید.
- برای خدمات ضروری جهت مراقبت حاد هماهنگی ایجاد کنید.
- مراقبت از زخم، کنترل درن‌ها، مراقبت از کاتتر، انفوزیون درمانی و فیزیوتراپی یا کار درمانی برخی از نیازهای مشخص شده توسط ارائه دهندگان مراقبت جامعه محور می‌باشند.
- به بیمار جهت ادامه انجام ورزش‌ها در پوشیدن جوراب ضدآمبولی و استراحت در صورت نیاز آموزش دهید از اسپری از سیلیکون برای نگهداشتن پانسمان‌ها استفاده کنید؛ پانسمان را ضدآب کرده بنابراین بیمار می‌تواند حمام برود یا شنا کند و ناحیه جراحی را از آلودگی محافظت می‌نماید.

ملاحظات سالمندی

بیماران سالمند در خطر عوارض بعد از جراحی قرار دارند. تغییرات فیزیولوژیک مرتبط با سن در عملکرد تنفسی، قلبی ـ عروقی و کلیه و افزایش

میزان بیماری‌های کشنده نیازمند بررسی ماهرانه بیمار جهت تعیین علایم اولیه بدتر شدن بیماری می‌باشند. بیهوش‌کننده‌ها و مخدرها می‌توانند موجب گیجی در سالمند شوند و تغییر در فارماکوکنیتیک تغییر یافته موجب تأخیر در دفع دارو و اثرات طولانی مدت سرکوب دستگاه تنفس می‌شوند. بررسی دقیق الکترولیت، هموگلوبین و هماتوکریت و برون ده ادرار ضروری است زیرا سالمندان کمتر قادر به تصریح و جبران عدم تعادل آب و الکترولیت هستند. سالمندان ممکن است نیازمند آموزش مکرر و نمایش پروسیجرها جهت شرکت مؤثر در برنامه مراقبتی باشند.

- فعالیت جسمی را حفظ کنید در حالی که بیمار دچار گیجی می‌باشد مشکل جسمی می‌تواند دلیریوم را بدتر کند و بیمار را در خطر سایر عوارض قرار دهد.
- از محدود کردن بیمار اجتناب کنید، زیرا می‌تواند گیجی را بدتر کند. در صورت امکان از اعضای خانواده یا کارکنان خواسته می‌شود در کنار بیمار بمانند.
- طبق دستور در دوره‌های حاد گیجی هالوپریدول (هالدول)[1] یا لورازپام (آتیوان)[2] را تجویز کنید؛ این داروها را در صورت امکان هر چه سریعتر قطع کرده تا از عوارض جانبی پیشگیری شود.
- به سالمند بعد از عمل جراحی در تحرک هر چه سریع‌تر و تدریجی جهت پیشگیری از ایجاد مشکلات همچون پنومونی، تغییر عملکرد روده، DVT، ضعف و کاهش عملکرد کمک کنید؛ از نشستن در وضعیت‌هایی که موجب استازوریدی در اندام‌ها می‌شوند خودداری کنید.
- به بیمار کمک کرده تا مانع برخورد بیمار به اشیاء یا افتادن وی شوید. ارجاع به فیزیوتراپ ممکن است جهت انجام ورزش‌های ایمن و منظم برای سالمندی ضروری باشد.
- برنامه ترخیص گسترده جهت هماهنگ کردن خانواده و مراقبین بهداشتی تدوین کنید؛ پرستار مددکار اجتماعی یا پرستار درمانگر ممکن است برنامه ریزی برای تداوم مراقبت را آغاز کنند.

P

1- Haloperidol (Haldol) 2- Lorazepam (Ativan)

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- کاهش درد را تجربه می‌کند.
- عملکرد مطلوب تنفسی را حفظ می‌کند.
- دچار DVT نمی‌شود.
- طبق دستور فعالیت کرده و ورزش می‌کند.
- زخم بدون عارضه بهبود می‌یابد.
- دریافت خوراکی و عملکرد طبیعی روده را حفظ می‌کند.
- دانش و مهارت‌های مورد نیاز جهت انجام برنامه درمانی را کسب می‌نماید.
- عارضه‌ای را تجربه نمی‌کند و علایم حیاتی طبیعی دارد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۱۸ تا ۲۰، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Peripheral Arterial Occlusive Disease

بیماری انسداد شرایین محیطی

نارسایی شریان اندام‌ها معمولاً در بیماران بالای ۵۰ سال بیشتر در مردان و غالباً در پاها یافت می‌شود. سن شروع و شدت تحت تأثیر نوع و تعداد عوامل خطر آترواسکلروتیک می‌باشند. ضایعات انسدادی غالباً در قسمت‌هایی از سیستم شریانی از آئورت زیر شریان کلیه تا شریان پوپلیتئال یافت می‌شوند.

تظاهرات بالینی

لنگیدن متناوب

- لنگیدن متناوب که علامت مشخصه بیماری انسداد شریان محیطی است به آهستگی روی داده و به صورت درد، کرامپ، خستگی یا ضعف توصیف می‌شود بیمار ممکن است افزایش درد با تحرک را گزارش دهد.
- درد هنگام استراحت مداوم، شدید یا آزاد دهنده است و معمولاً در اندام‌های دیستال با بیماری شدید وجود دارد.
- قرار دادن اندام بالاتر یا در سطح قلب درد را بدتر می‌کند؛ پایین‌تر قرار دادن اندام درد را می‌کاهد.

سایر تظاهرات بالینی

- سردی یا بی‌حسی در اندام‌ها همراه با لنگیدن متناوب.
- اندام‌ها ممکن است سرد باشند و با بالا بردن عضو رنگ پریده شوند، و با پایین قرار دادن عضو سیانوزه شوند.
- تغییرات پوست و ناخن، زخم، گانگرن و آتروفی عضلانی وجود دارند.
- برویی ممکن است سمع شود و نبض‌های محیطی ممکن است کاهش یافته یا وجود نداشته باشند.
- تفاوت نبض‌های اندام‌ها یا فقدان نبض طبیعی قابل لمس علامت بارز انسداد است.
- ناخن‌ها ممکن است ضخیم و کدر شوند و پوست، شفاف، آتروفی و خشک شده و موها به صورت پراکنده رشد می‌کنند.
- انسداد اندام فوقانی کمتر علامت دار یا بدون علامت است، اگرچه خستگی و درد بازو با ورزش ممکن است تجربه شود.
- بیمار ممکن است سرگیجه، آتاکسی، سنکوپ و تغییرات بینایی دوطرفه را گزارش می‌دهد.

بررسی و روش‌های تشخیص

P

- تاریخچه علایم و معاینه جسمی (نبض‌های محیطی).
- مطالعات تصویر برداری (برای مثال، مطالعات بررسی اولتراسونیک داپلر با موج مداوم جهت ارزیابی جریان خون، اندیکس شریان پا ـ براکیال، آنژیوگرافی، آنژیوگرافی ساب تراکشن دیژیتال (DSA)
- بررسی روی نوار در حرکت از نظر لنگیدن متناوب، اولتراسوند دوپلکس.

درمان طبی

روش‌های اصلی درمان شامل دارو درمانی و جراحی می‌باشند داروهای ضدپلاکت همچون سیلوستازول (پلتال)[1]، آسپرین، تیکلوپیدین (تیکلید)[2] و

1- Cilostazol (Pletal)

2- Ticlopidine (Ticlid)

کلوپیدوگرل (پلاویکس)[1] تجویز می‌شوند و ممکن است گرافت بای‌پس عروقی یا اندآرترکتومی صورت گیرد که درمان انتخابی برای عضو در خطر آمپوتاسیون است. روش دیگری که ممکن است مؤثر باشد، آنژیوپلاستی ترانس لومینال از راه پوست (PTA) برای تنگی یا انسداد عروق است (ضایعه موضعی در شریان اندام فوقانی) برنامه‌های ورزش همراه با کاهش وزن و ترک سیگار اغلب محدودیت‌های فعالیت را بهبود می‌بخشند.

تدابیر پرستاری

بهبود گردش خون

قبل از جراحی، آموزش بیمار فعالیت مهم پرستاری است پرستار به بیمار موارد ذیل را می‌آموزد.

- پاها را به‌طور دقیق تمیز کنید؛ روزانه پاها را شسته و به دقت خشک کنید و از مالش با حوله خودداری کنید.
- پاها را گرم نگهدارید؛ پاها را از صدمه محافظت نمایید.
- کفش‌های راحت بپوشید.
- از انسداد عروق خونی خودداری کنید: پاها را روی هم نیاندازید و از هر گونه فعالیتی که مانع خون‌رسانی پاها می‌شود خودداری کنید.
- جهت تحریک گردش خون و ترمیم بافت ورزش کنید.
- قرمزی، تاول زدن، ادم، درد، خارش را گزارش دهید.
- از مصرف فرآورده‌های تنباکو خودداری کنید زیرا گردش خون محیطی را مختل می‌کند.

حفظ گردش خون بعد از عمل جراحی

هدف اصلی در مراقبت از بیمار بعد از جراحی بر روی عروق خونی حفظ گردش خون کافی از شریان می‌باشد

- نبض‌های عضو مبتلا را بررسی کنید و با عضو دیگر هر ساعت برای ۲۴ ساعت مقایسه کنید.

1- Clopidogrel (Plavix)

- در صورت نبودن نبض محیطی به جراح فوراً اطلاع دهید؛ ممکن است نشانه انسداد ترمبوتیک گرافت باشد.
- رنگ و درجه حرارت عضو، پر شدن مجدد مویرگی و عملکرد حسی و حرکتی عضو را برای ۲۴ ساعت با ارزیابی داپلر عروق پایین از گرافت و اندیکس پا/ بازو را هر ۲ ساعت بررسی کرده و تغییرات را گزارش دهید.
- در ۲۴ ساعت شاخص مچ‌پا-بازو(ABI[1]) را هر ۸ ساعت بررسی کنید.

بررسی و کنترل عوارض جانبی احتمالی

- برون ده ادراری (بیش از ۳۰ml/h)، فشار ورید مرکزی، وضعیت ذهنی و تعداد و حجم نبض را جهت تشخیص سریع و درمان به موقع عدم تعادل مایعات تحت نظر بگیرید.
- بیمار را به اجتناب از انداختن پاها روی هم و آویزان کردن اندام برای مدت طولانی آموزش دهید.
- به بیمار جهت بالا بردن پا و ورزش عضو در تخت برای کاهش ادم آموزش دهید.
- سندرم کمپارتمان (ادم شدید عضو، درد و کاهش حس) را بررسی نمایید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

- توانایی بیمار جهت مراقبت مستقل از خود یا وجود اعضای خانواده یا دوستان جهت کمک به بیمار را بررسی کنید.
- انگیزش بیمار جهت ایجاد تغییرات سبک زندگی مورد نیاز بیماری مزمن را تعیین نمایید.
- دانش و توانایی بیمار جهت بررسی عوارض بعد از جراحی همچون عفونت، انسداد گرافت و کاهش جریان خون را ارزیابی نمایید.
- تعیین کنید که آیا بیمار سیگار را ترک کرده است یا نه.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۱، درستامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

1-Ankle-brachial index

پریتونیت Peritonitis

پریتونیت، التهاب پریتوان، معمولاً نتیجه عونت باکتریال، با ارگانیسم‌های منتقله از بیماری دستگاه گوارش یا در زنان ارگان‌های تولید مثل داخل می‌باشد. همچنین می‌تواند در اثر منابع خارجی، همچون صدمه یا تروما یا التهاب خارج پریتوان همانند کلیه ایجاد شود.

پاتوفیزیولوژی

پریتونیت در اثر نشت محتویات از ارگان‌های شکمی به حفره شکم، معمولاً در اثر التهاب، عفونت، ایسکمی تروما یا پارگی تومور به وجود می‌آید. شایع‌ترین باکتری‌های مسبب پریتونیت، اشرشیاکلی و کلبسیلا، پروتئوس و انواع سودوموناس می‌باشند. سایر علل شایع آپاندیسیت، زخم پاره شده، دیورتیکولیت و پارگی روده می‌باشند. پریتونیت ممکن است با روش‌های جراحی شکم و دیالیز پریتوان همراه باشد سپسیس علت اصلی مرگ ناشی از پریتونیت (شوک، ناشی از سپسیس یا هیپوولمی) می‌باشد انسداد روده در اثر چسبندگی‌ها ممکن است ایجاد شود:

تظاهرات بالینی

تظاهرات به محل و وسعت التهاب بستگی دارند.

- درد منتشر نزدیک محل بیماری شدیدتر، مداوم و موضعی می‌شود.
- درد با حرکت تشدید می‌شود.
- ناحیه مبتلا شکم به شدت حساس و متسع می‌گردد و عضلات سفت می‌شوند.
- تندرس برگشتی و ایلئوس ممکن است وجود داشته باشد.
- درجه حرارت و نبض افزایش می‌یابند؛ تعداد لکوسیت‌ها افزایش می‌یابند.
- تهوع و استفراغ روی داده و پریستالیس کاهش می‌یابد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- لکوسیتوز (افزایش)، شمارش سلول‌های خونی، هموگلوبین، هماتوکریت و الکترولیت‌های سرم (نظیر پتاسیم، سدیم و کلر).

- رادیوگرافی شکم، اسکن توموگرافی کامپیوتری و آسپیراسیون پریتوان جهت کشت و بررسی حساسیت.

درمان طبی

- جایگزینی مایع، کلوئید و الکترولیت تمرکز اصلی درمان طبی است.
- مسکن‌ها برای درد تجویزی می‌شوند؛ ضدتهوع‌ها برای تهوع و استفراغ تجویز می‌گردند.
- لوله‌گذاری داخل تراشه و ساکشن جهت تسکین اتساع شکم بکار می‌روند.
- اکسیژن درمانی با کانول بینی یا ماسک جهت بهبود عملکرد تهویه آغاز می‌شود.
- در برخی اوقات، لوله‌گذاری و تهویه کمکی مورد نیاز هستند.
- آنتی‌بیوتیک درمانی وسیع ممکن است آغاز گرد (سپسیس علت اصلی مرگ است).
- اهداف جراحی شامل برداشتن قسمت‌های عفونی می‌باشند؛ جراحی در جهت برش (آپاندیس)، برداشتن روده، ترمیم (پارگی) یا درناژ (آبسه) است.

P

تدابیر پرستاری

بررسی درد

- ماهیت درد، محل آن در شکم و شیفت درد و محل انتشار را بررسی کنید.
- علایم حیاتی، عملکرد دستگاه گوارش، تعادل مایع و الکترولیت را ارزیابی نمایید.
- فشارهای شریان ریوی و عروق مرکزی را به‌تکرار بررسی کنید.
- داروهای مسکن را تجویز کنید و بیمار را در وضعیت راحت قرار دهید (برای مثال، روی پهلو بازانوهای خم شده جهت کاهش تنش روی ارگان‌های شکم).
- جذب و دفع و فشار وریدِ مرکزی را ثبت کنید.
- به‌طور دقیق مایعات داخل وریدی را تجویز کرده و بررسی کنید.
- ویژگی درناژ جراحی را بررسی و ثبت نمایید.
- کاهش درجه حرارت و تعدادِ نبض، نرمی شکم، بازگشت صداهایِ دودی عبور گاز و حرکات روده را بررسی کنید که نشانه بهبود پریتونیت می‌باشند.

- مصرف خوراکی غذا و مایعات را بیافزایید و تجویز مایعات وریدی را با فروکش کردن پریتونیت کاهش دهید.
- ویژگی درناژ از درن‌های زخم بعد از عمل جراحی را بررسی و ثبت کنید مراقب خروج و جا به جایی درن‌ها باشید.
- بعد از جراحی بیمار و خانواده را جهت ترخیص آماده کنید؛ مراقبت از برش جراحی و درن‌ها را بیافزایید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

فارنژیت حاد Pharyngitis, Acute

فارنژیت حاد عفونت یا التهاب در گلو بوده و در ۷۰٪ موارد در اثر ارگانیسم ویروس ایجاد می‌شود. پاسخ التهابی موجب درد، تب، اتساع عروق، ادم و صدمه بافت (قرمزی و تورم در اطراف لوزه، زبان کوچک و کام نرم) می‌شود. عفونت‌های ویروس بدون عارضه معمولاً در مدت ۳ تا ۱۰ روز بعد از شروع به‌طور کامل بهبودی یابند. در صورتی که علت عفونت باکتری باشد، شایع‌ترین ارگانیسم استرپتوکوک گروه A (گلوی استرپتوکوکی[1]) می‌باشد. فارنژیت ناشی از استرپتوکوک به‌علت احتمال بروز عوارض چون سینوزیت، اوتیت میانی، ماستوئیدیت، آدنیت گردنی و آب اطراف لوزه، بیماری شدیدتری است. به ندرت، عفونت ممکن است موجب باکتریمی، تب روماتیسمی، منتژیت، پنومونی و نفریت شود.

تظاهرات بالینی

- غشاء حلق قرمز رنگ می‌شود.
- لوزه‌ها و غددلنفاوی متورم می‌شوند و با ترشح سفید رنگ پوشیده می‌شوند.
- غدد لنفاوی گردن بزرگ و حساس می‌گردند.
- تب، ضعف و گلو درد.
- گرفتگی صدا.

1-Strep throat

بررسی و روش‌های تشخیص

- بررسی غربالگری سریع از نظر آنتی‌ژن استرپتوکوکی، اپتیکال ایمنواسی (OIA)[1]، تیتراسترپتولیزین و کشت گلو.
- سواپ بینی و کشت خون.

درمان طبی

فارنژیت ویروس با روش‌های حمایتی درمان می‌شود در صورتی که داروهای آنتی‌بیوتیک جهت درمان فارنژیت باکتریایی بکار می‌روند: پنی‌سیلین برای استرپتوکوک گروه A و سفالوسپورین‌ها برای بیماران حساس به پنی‌سیلین یا مقاوم به اریترومایسین. آنتی‌بیوتیک‌ها برای حداقل ۱۰ روز تجویز می‌شوند. علاوه بر این، رژیم غذایی مایعات یا نرم در دوره حاد توصیه می‌شود. در برخی موارد، مایعات داخل وریدی زمانی تجویز می‌شوند که بیمار نمی‌تواند بلع کند. اگر بیمار می‌تواند ببلعد، وی را به نوشیدن ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ میلی‌لیتر در روز تشویق کنید.

داروهای مسکن در فواصل ۳ تا ۶ ساعت تجویز می‌شوند و داروهای antitussive (کدئین دکسترومتورفان (روبیتوسین DM)[2] یا هیدروکدون [هایکودان][3]) جهت کنترل سرفه مداوم و دردناک تجویز می‌گردند.

تدابیر پرستاری

- استراحت در تخت در زمان وجود تب را تشویق کنید.
- جهت پیشگیری از انتشار عفونت اقدامات احتیاطی در مورد ترشحات را اجرا نمایید.
- پوست را یک یا دوبار در روز از نظر بثورات احتمالی بررسی کنید زیرا فارنژیت حاد ممکن است موجب سایر بیماری‌های مسری شود.
- از سواب بینی و گلو و نمونه‌های خون برای کشت محافظت کنید.
- محلول‌های سالین گرم یا شستشو را برای تسکین درد تجویز کنید

1- Optical Immunoassay

2- Dextromethorphan [Robitussin DM]

3- Hydrocodone [Hycodan]

(۱۱۰F-۱۰۵F)[۴۳/۳-۴۰/۵]. همچنین به بیمار در مورد هدف و تکنیک غرغره محلول گرم جهت افزایش اثر بخشی توصیه کنید (گرمای محلول در حد تحمل بیمار باشد).

- از گردن بند یخ جهت تسکین علایم استفاده نمایید.
- داروهای مسکن یا ضدسرفه را تجویز کنید.
- مراقبت از دهان را جهت پیشگیری از شقاق لب‌ها و التهاب دهان انجام دهید.
- افزایش تدریجی فعالیت را تشویق کنید
- به بیمار اهمیت دریافت دوره کامل آنتی‌بیوتیک تراپی را توصیه نمایید.
- به بیمار و خانواده بررسی علایم نشان دهنده عوارض جانبی از جمله نفریت و تب روماتیسمی را آموزش دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

فارنژیت مزمن Pharyngitis, Chronic

فارنژیت مزمن در بزرگسالان شاغل در محیط‌های پر گرد و غبار، کسانی که از صدایشان زیاد استفاده می‌کنند (خواننده‌ها) سرفه مزمن و مصرف الکل و تنباکو شایع است سه نوع تشخیص داده شده است: هیپرتروفیک (افزایش ضخامت و احتقان غشاهای مخاطی) خلف آتروفیک، (مرحله انتهایی نوع ۱)؛ وگرانولارمزمن (با غدد لنفاوی متورم متعدد در دیواره حلق مشخص می‌شود).

نظاهرات بالینی

- احساس مداوم تحریک یا گرفتگی گلو.
- مخاطی که در گلو تجمع یافته و با سرفه خارج می‌شود.
- مشکل در بلع.

درمان طبی

درمان بر اساس تسکین نشانه، اجتناب از تماس با محرک‌ها و تصحیح هر گونه بیماری دستگاه تنفسی فوقانی، ریه یا قلب (ممکن است مسئول سرفه

مزمن باشند) می‌باشد. اسپری بینی (سولفات افدرین یا فنیل افرین هیدروکلراید) جهت تسکین احتقان بینی استفاده می‌شوند. آسپرین (فقط برای بزرگسالان) یا استامینوفن ممکن است جهت کنترل ناراحتی توصیه شوند.

تدابیر پرستاری

- به بیمار توصیه کنید که تا زمان رفع کامل تب جهت پیشگیری از انتشار عفونت با دیگران تماس نداشته باشد.
- به بیمار پرهیز از الکل، تنباکو، قرار گرفتن در معرض دود سیگار، تماس با سرما و آلاینده‌های محیطی و شغلی را آموزش دهید. پوشیدن ماسک یکبار مصرف برای محافظت را توصیه نمایید.
- بیمار را به نوشیدن مایعات فراوان تشویق کنید و وی را به غرغره آب نمک گرم جهت تسکین ناراحتی گلو توصیه نمایید. استفاده از قرص مکیدنی ممکن است به مرطوب نگهداشتن گلو کمک کند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

فئوکروموسیتوما Pheochromocytoma

فئوکروموسیتوما توموری (معمولاً خوش‌خیم) است که از سلول‌های کرومافین مدولای آدرنال منشاء می‌گیرد. در ۹۰٪ بیماران، تومور از مدولا منشاء می‌گیرد؛ در سایر بیماران تومور در بافت کرومافین خارج آدرنال واقع یا نزدیک آئورت، تخمدان، طحال یا سایر ارگان‌ها روی می‌دهد. در هر سنی به وجود می‌آید، اما حداکثر میزان شیوع بین ۴۰و۵۰ سالگی است مردان و زنان را به‌طور مساوی مبتلا می‌سازد و تمایل خانوادگی دارد. اگرچه شایع نیست اما یک نوع هیپرتانسیون است که معمولاً از طریق جراحی بهبود می‌یابد و بدون تشخیص و درمان معمولاً کشنده است.

تظاهرات بالینی

علایم کلاسیک به پنج H مشهور هستند: هیپرتانسیون، سردرد (Heudache) هیپرهیدروزیس (تعریق شدید)، هیپرمتابولیسم و

هیپرگلیسمی.
- فشارخون بیش از ۲۵۰/۱۵۰ mmHg.
- هیپرتانسیون و سایر اختلالات قلبی عروقی
- فشارخون متناوب یا مداوم (نیمی از موارد به سختی متمایز می‌شوند)
- ممکن است عوارض تهدیدکننده زندگی را موجب شود: دیس ریتمی قلبی، آنوریسم پاره‌کننده، سکته مغزی و نارسایی حاد کلیه
- هیپوتانسیون وضعیتی در بیشتر موارد درمان نشده (۷۰٪)
- لرزش
- گر گرفتگی
- اضطراب

نشانه‌های نوع حمله‌ای فئوکروموسیتوما
- حملات حاد غیر قابل پیش‌بینی، چند ثانیه یا ساعت طول می‌کشد، در این مدت بیمار به شدت مضطرب است می‌لرزد و ضعف دارد.
- سردرد، سرگیجه، تاری دید، وزوزگوش، گرسنگی هوا و تنگی نفس
- پلی‌اوری، تهوع، استفراغ، اسهال، درد شکم، و احساس مرگ قریب‌الوقوع
- تپش قلب و تاکی‌کاردی
- افزایش فشار خون تهدیدکننده زندگی (بیشتر از $\frac{۲۵۰}{۱۵۰}$ میلی‌متر جیوه

بررسی و روش‌های تشخیص
- میزان کاتکولامین‌های پلاسما و ادرار. کاتکولامین‌ها در ادرار ۲۴ ساعته (مـتانفرین[1] [MN] و وانـیلیل مـندلیک اسـید[2] [VMA] و پـلاسما (نوراپی‌نفرین و اپی‌نفرین) بررسی دقیق و قطعی را ارائه می‌دهد.
- بررسی‌های تصویربرداری (برای مثال، اسکن تـوموگرافی کـامپیوتری و تصویربرداری رزونانس مغناطیسی، اولتراسوند سانتی‌گراف[3] مـتایدوبنزیل کوانیدین [MIBG] جهت تشخیص محل تومور

1- Metanephrine
2- Vanillylmandelic Acid
3- I- metaiaclobenzylguanidine scintigraph

درمان طبی

- آمادگی مقدماتی شامل کنترل فشارخون و حجم خون می‌باشد که ۱۰ روز تا ۲ هفته طول می‌کشد (برای مثال، استفاده محتاطانه از داروهای مهارکننده آلفا آدرنرژیک یا بلاکرهای بتا آدرنرژیک و شل کننده‌های عضلات صاف
- استراحت مطلق توصیه می‌شود.
- درمان برداشتن تومور به روش جراحی معمولاً همراه با آدرنالکتومی است (معمولاً هیپرتانسیون با درمان رفع می‌شود).
- بیمار قبل، حین و بعد از جراحی هیدراته می‌شود.
- جایگزینی کورتیکواستروئید بعد از جراحی آدرنالکتومی دو طرفه ضروری است.
- بیمار برای چند روز در بخش مراقبت ویژه با بررسی تغییرات الکتروکاردیوگرام (ECG) فشارهای شریانی، تعادل مایع والکترولیت و میزان قندخون تحت نظر گرفته می‌شود.
- فشارخون بررسی می‌شود در صورت صدمه عروق خونی یا عدم برداشتن بافت فئوکروموسیتوما به‌طور کامل هیپرتانسیون می‌تواند دائمی باشد یا مجدداً عود کند.
- میزان کاتکولامین‌های پلاسما و ادرار بعد از جراحی بررسی می‌شوند؛ در صورتی که میزان آنها به حد طبیعی باز گردند، بیمار ممکن است مرخص شود.

P

درمان طبی

- استراحت در تخت با بالا بردن سر تخت جهت بهبود کاهش فشارخون ارتوستاتیک را توصیه کنید
- تغییرات ECG را بررسی نمایید.
- داروهای مهارکننده آلفا آدرنرژیک (فنتولامین[رجیتین][1] یا شل‌کننده‌های عضلات صاف (نیتروپروساید سدیم [نیپراید][2] را جهت کاهش فشارخون تجویز کنید.

1- Phentolamine (Regitine)

2- Sodium Nitroprusside [Nipride]

- بیمار را به انجام ملاقات‌های پیگیر جهت بررسی بازگشت فشارخون و میزان کاتکولامین‌های ادرار و سرم به حد طبیعی تشویق کنید
- آموزش‌های شفاهی و کتبی در مورد جمع‌آوری نمونه ادرار ۲۴ ساعته ارائه دهید.
- تبعیت از برنامه درمانی را بررسی کنید.
- به بیمار و خانواده چگونگی اندازه‌گیری فشارخون و زمان گزارش به پزشک درباره تغییرات فشارخون را بیاموزید
- در صورت نیاز بیمار را به پرستار مراقبت در منزل ارجاع دهید
- آموزش‌های قبلی در مورد درمان و بررسی را تأکید کنید.
- در غلبه بر مشکلاتی که ممکن است ناشی از استفاده طولانی مدت از استروئیدها باشند کمک نمایید.
- بیمار را حمایت و تشویق کنید، زیرا بیمار ممکن است از حملات مکرر بترسد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

تومورهای هیپوفیز Pituitary Tumors

- تومورهای هیپوفیز سه نوع اصلی دارند که نشاندهنده رشد بیش از حد سلول‌های ائوزینوفیلیک، سلول‌های بازوفیلیک (هیپرآدرنالیسم) یا سلول‌های کروموفیلیک (سلول‌هایی که جزء سلول‌های ائوزینوفیلیک یا بازوفیلیک نیستند) می‌باشند.

تظاهرات بالینی

ایجاد تومورهای ائوزینوفیلیک در اوایل زندگی

- ژیگانتیسم: بیماران ممکن است بیش از ۷ فوت قد داشته و تمام اندام‌هایشان بزرگ شوند.
- بیماران ضعیف و لتارژیک بوده و به سختی می‌توانند بایستند.

ایجاد تومورهای ائوزینوفیلیک در دوران بزرگسالی

- آکرومگالی (رشد بیش از حد استخوان‌های پا، دست، برجستگی ابرو،

برجستگی دندان آسیا، بزرگی بینی و چانه)
- بزرگی هر بافت و ارگان بدن
- سردردهای شدید و اختلالات بینایی، زیرا تومورها بر اعصاب بینایی فشار وارد می‌کنند.
- فقدان تمایز رنگ، دو بینی یا کوری قسمتی از میدان بینایی
- دکلسیفیه شدن استخوان، ضعف عضلانی و اختلالات آندوکرین، مشابه آنچه که در هیپرتیروئیدیسم روی می‌دهد

تومورهای بازوفیلیک
سندرم کوشینگ: افزایش بافت عضلانی و آمنوره در زنان، چاقی تنه، هیپرتانسیون، پوکی استخوان و پلی سایتمی در مردان و زنان

تومورهای کروموفوبیک (۹۰٪ تومورهای هیپوفیز)
نشانه‌های کم کاری هیپوفیز:
- چاقی و خواب آلودگی
- موهای نازک و شکننده؛ پوست نرم و خشک؛ رنگ پریدگی؛ استخوان‌های کوچک
- سردرد، کاهش لیبیدو و اختلالات بینایی پیش‌رونده به کوری
- پلی‌اوری، پلی‌فاژی، کاهش میزان متابولیسم پایه و درجه حرارت کمتر از حد طبیعی

بررسی و روش‌های تشخیص
- تاریخچه و معاینه جسمی (بررسی میدان بینایی)
- توموگرافی کامپیوتری و تصویربرداری رزونانس مغناطیسی
- میزان هورمون‌های هیپوفیز در سرم

درمان طبی تومورهای هیپوفیز و آکرومگالی
- برداشتن به روش جراحی از طریق روش ترانس اسفنوئیدال درمان انتخابی است.
- رادیوتراپی استریو تاکتیک جهت پرتو درمانی خارجی برای تومور با حداقل

اثرات بر بافت طبیعی استفاده می‌شود

- پرتو درمانی سنتی و استفاده از بروموکریپتین (آگونیست دوپامین) و اکتروتاید (آنالوگ سوماتوستاتین) مانع تولید یا ترشح هورمون رشد می‌شود.
- هیپوفیز کتومی جهت درمان تومورهای اولیه بکار می‌رود.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

پلورال افیوژن Pleural Effusion

پلورال افیوژن، تجمع مایع در فضای جنب، معمولاً ثانویه به سایر بیماری‌ها (برای مثال، پنومونی، عفونت‌های ریه، سندرم نفروتیک بیماری بافت همبند، تومورهای نئوپلاستیک، نارسایی احتقانی قلب) می‌باشد. افیوژن می‌تواند مایع نسبتاً شفاف باشد که ممکن است در اثر اختلال در تشکیل یا باز جذب مایع جنب یا ترشح در اثر التهاب ناشی از تأثیر باکتری روی تومور به وجود آید، یا می‌تواند خونی یا چرکی باشد. مایع جنب در اثر عدم تعادل فشار هیدروستاتیک یا انگوتیک یا التهاب ناشی از باکتری یا تومور (اگزودا) تجمع می‌یابد.

P

تظاهرات بالینی

برخی نشانه‌ها به‌علت بیماری زمینه‌ای به وجود می‌آیند. پنومونی موجب تب، لرزو درد قفسه‌سینه پلورتیک می‌شود. افیوژن بدخیم ممکن است موجب تنگی نفس و سرفه شود. اندازه افیوژن و مدت زمان ایجاد افیوژن، شدت نشانه‌ها را مشخص می‌سازند.

- افیوژن شدید: تنگی نفس تا دیسترس تنفسی حاد
- افیوژن کم تا متوسط: تنگی نفس ممکن است وجود نداشته باشد
- صدای دال یا فلت در دق نواحی همراه با تجمع مایع، کاهش یا فقدان صداهای تنفسی و انحراف تراشه به دور از سمت مبتلا

بررسی و روش‌های تشخیص

- رادیوگرافی قفسه‌سینه (دکوبیتوس جانبی)
- سی تی اسکن قفسه‌سینه

- سونوگرافی
- توراسنتز
- بیوپسی پلور
- آنالیز مایع پلور (کشت، بیوشیمی، سیتولوژی)

درمان طبی

اهداف درمان، تشخیص علت زمینه‌ای، پیشگیری از تجمع مجدد مایع و تسکین ناراحتی، تنگی نفس و اختلال تنفسی می‌باشند. درمان اختصاصی در جهت رفع علت زمینه‌ای است.

- توراسنتز جهت تخلیه مایع، جمع‌آوری نمونه برای تجزیه و تسکین تنگی نفس انجام می‌شود
- لوله قفسه‌سینه و درناژ عایق آب ممکن است جهت تخلیه و اتساع مجدد ریه ضروری باشند
- پلورودزیس شیمیایی[1]: ایجاد چسبندگی از طریق تجویز دارو در فضاهای پلور جهت از بین بردن فضای جنب و پیشگیری از تجمع مایع صورت می‌گیرد.
- سایر روش‌های درمانی شامل پلورکتومی به روش جراحی (وارد کردن کاتتر کوچک متصل به بطری تخلیه ترشحات) و دیورتیک تراپی می‌باشند.
- به بیمار و خانواده درباره مراقبت از کاتتر و سیستم درناژ در منزل آموزش دهید.

P

تدابیر پرستاری

- برنامه درمانی را اجراء کنید: بیمار را برای توراسنتز آماده کرده و در وضعیت مناسب قرار داده و در مدت انجام پروسیجر از وی حمایت کنید.
- به بیمار در تسکین درد کمک نمایید. بیمار را در قرارگیری در وضعیت با حداقل درد یاری نمایید. داروهای ضددرد را طبق دستور و نیاز جهت تداوم چرخش و تحرک تجویز کنید.

1- Chemicol pleurocleisis

- درناژ لوله قفسه‌سینه و سیستم عایق آب را تحت نظر بگیرید؛ مقدار درناژ را در فواصل تجویز شده ثبت کنید.
- مراقبت پرستاری مرتبط با علت زمینه‌ای پلورال افیوژن را تجویز نمایید. به مراقبت پرستاری تشریح شده در بیماری زمینه‌ای مراجعه کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

پلورزی Pleurisy

پلورزی به التهاب لایه‌های احشایی و پاریتال اطلاق می‌شود. در زمان التهاب، غشاهای جنب روی یکدیگر سائیده می‌شوند. نتیجه درد شدید، تیز و مانند فرو کردن چاقو حین تنفس است که با دم تشدید می‌گردد. پلورزی ممکن است با پنومونی یا عفونت مجاری تنفس فوقانی، آنفارکتوس ریوی یا آمبولی؛ در سرطان اولیه و متاستاتیک و بعد از توراکوتومی ایجاد شود.

تظاهرات بالینی

- درد معمولاً در یک طرف ایجادشده و با تنفس عمیق، سرفه یا عطسه شدید می‌شود.
- درد با نگهداشتن تنفس کاهش می‌یابد. درد به شانه یا شکم منتشر می‌شود یا موضعی است.
- با تجمع مایع پلور، درد کاهش می‌یابد. فرکشن راب قابل سمع است اما با تجمع مایع ناپدید می‌شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- عکس قفسه‌سینه
- کشت خلط
- توراسنتز، بررسی مایع جنب، بیوپسی ریه (کمتر شایع است)

درمان طبی

اهداف درمان تعیین علت زمینه‌ای مسبب پلورزی و تسکین درد می‌باشند.

- بیمار از نظر علایم و نشانه‌های افیوژن پلور تحت نظر گرفته می‌شود: تنگی نفس، درد و کاهش اتساع قفسه‌سینه.
- مسکن‌های دستور داده شده همچون داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی (NSAIDs) را جهت تسکین درد و امکان انجام سرفه مؤثر تجویز کنید.
- استفاده از گرما یا سرما جهت تسکین نشانه‌ها ارائه می‌شوند.

تدابیر پرستاری

- راحتی بیمار را از طریق تغییر وضعیت مکرر روی سمت مبتلا جهت بی‌حرکت کردن دیواره قفسه‌سینه افزایش دهید.
- به بیمار استفاده از دست‌ها جهت بی حرکت کردن قفسه‌سینه حین سرفه را آموزش دهید.
- بیمار را جهت کاهش درد تغییر وضعیت دهید.

جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری پنومونی مراجعه کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

P

پنومونی Pneumonia

پنومونی التهاب پارانشیم ریه است که معمولاً به‌علت عوامل میکروبی ایجاد می‌شود. به‌طور معمول پنومونی به انواع باکتریال یا تیپیکال، آتیپیکال، بی‌هوازی / حفره‌ای یا فرصت طلب طبقه‌بندی می‌شود در طبقه بندی دیگر، به انواع پنومونی اکتسابی از جامعه (CAP)، اکتسابی از بیمارستان (HAP) پنومونی در میزبان دچار ضعف سیستم ایمنی و پنومونی آسپیراسیون تقسیم بندی می‌شود. افراد در معرض خطر پنومونی اغلب دارای اختلالات زمینه‌ای مزمن، بیماری حاد شدید، سرکوب سیستم ایمنی ناشی از بیماری یا دارو، بی‌حرکتی و سایر عوامل ایجادکننده اختلال در مکانیسم‌های طبیعی حفاظتی ریه می‌باشند.

پاتوفیزیولوژی

واکنش التهابی ممکن است در آلوئول روی دهد و موجب تولید اگزودا شده که برونش‌ها یا آلوئولها را مسدود می‌سازد؛ اگر بیمار بیماری فعال راه هوایی

داشته باشد که در تبادل گازی اختلال ایجاد کند برونکواسپاسم ممکن است روی دهد. (برونکوپنومونی، شایع‌ترین نوع، به صورت پراکنده از برونش به پارانشیم اطراف ریه منتشر می‌شود. پنومونی لوبار اصطلاحی است که برای درگیری قسمتی از یک یا بیش از یک لوب بکار می‌رود). سالمندان نیز در معرض خطر می‌باشند. پنومونی در اثر انواع عوامل میکروبی در مراکز متعدد به وجود می‌آید. ارگانیسم‌های شایع شامل آئروژینوس سودوموناس و انواع کلبسیلا، استافیلوکوک آرئوس، هموفیلوس آنفولانزا، استافیلوکوک پنومونی و باسیل‌های گرم منفی روده‌ای، قارچ و ویروسها (در کودکان شایع‌تر) می‌باشند.

تظاهرات بالینی

تظاهرات بالینی بسته به ارگانیسم ایجادکننده و بیماری متفاوت هستند.

- لرز ناگهانی، افزایش سریع درجه حرارت (۳۸/۵ تا ۴۰/۵°) و تعریق شدید
- درد قفسه‌سینه پلورتیک که باتنفس و سرفه تشدید می‌شود.
- بیمار به شدت ناخوش دچار تاکی‌پنه (۲۵ تا ۴۵ تنفس در دقیقه) و تنگی نفس ارتوپنه می‌باشد.
- افزایش تعداد نبض؛ ممکن است ۱۰ ضربه / دقیقه با افزایش هر درجه سانتی گراد افزایش یابد.
- برادی کاردی با توجه به مقدار افزایش درجه حرارت نشانه عفونت ویروس یا عفونت با انواع لژیونلا یا مایکوپلاسما می‌باشد.
- خلط چرکی، قهوه‌ای مایل به سرخ، حاوی خون، غلیظ یا سبز بسته به‌علت ایجادکننده.
- سایر نشانه‌ها: تب، کراکل و علایم سفتی‌وپُری لوبار: علایم مجاری تنفسی فوقانی (احتقان بینی، گلودرد).
- پنومونی شدید: گونه‌های سرخ؛ لب‌ها و بستر ناخن که نشاندهنده سیانوز مرکزی است.

بررسی و روش‌های تشخیص

- تاریخچه و معاینه جسمی
- رادیوگرافی قفسه‌سینه، کشت خون و خلط و گونه‌های گرم

ملاحظات سالمندی

در سالمندان و در مبتلایان به بیماران مزمن انسدادی ریه، نشانه‌ها ممکن است به تدریج ایجاد شوند. نشانه‌های کلاسیک سرفه، درد قفسه‌سینه، تولید خلط، و تب اغلب وجود ندارند. پنومونی ممکن است خود به خود یا به‌عنوان عارضه بیماری مزمن ایجاد شود. شروع پنومونی ممکن است با ناخوشی عمومی، گیجی، تاکی کاردی، تاکی پنه، بی‌اشتهایی و علایم شکمی مشخص شود.

عفونت‌های ریه به سختی درمان می‌شوند و در سالمندان نسبت به جوانان با مرگ و میر بیشتر همراه هستند. وجود برخی نشانه‌ها ممکن است موجب تشخیص اشتباه شوند؛ رادیوگرافی قفسه‌سینه ممکن است جهت کمک به تشخیص افتراقی انجام گردد.

درمان حمایتی شامل افزایش مصرف مایع (با توجه به افزایش حجم مایع)؛ اکسیژن درمانی؛ کمک به تنفس عمیق، سرفه، خروج خلط و تغییر وضعیت و آغاز هرچه سریع‌تر فعالیت می‌باشند. سالمند را از نظر تغییرات در وضعیت ذهنی، ضعف، بی‌حالی شدید و نارسایی احتقانی قلب بررسی کنید. واکسیناسیون بر علیه عفونت‌های پنوموکوکی و آنفولانزا برای افراد بالای ۶۵ سال، ساکنان مراقبت پرستاری، بیماران ناتوان و افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی توصیه می‌شود.

P

درمان طبی

- آنتی‌بیوتیک براساس نتایج کشت و رهنمودهای آنتی‌بیوتیک درمانی (الگوی‌های مقاومت، عوامل خطر و اتیولوژی باید در نظر گرفته شود) تجویز می‌شوند. درمان ترکیبی ممکن است مورد استفاده قرار گیرد.
- درمان حمایتی شامل هیدراتاسیون، ضدتب‌ها، آنتی هیستامین‌ها یا ضداحتقان‌های بینی می‌باشند.
- استراحت مطلق تا رفع علایم عفونت توصیه می‌شود.
- اکسیژن درمانی برای هیپوکسی تجویز می‌گردد.
- حمایت تنفسی شامل لوله گذاری داخل تراشه، تجویز اکسیژن با غلظت زیاد و تهویه مکانیکی می‌باشد.

- درمان آتلکتازی، افیوژن پلور، شوک، نارسایی تنفسی یا عفونت اضافی آغاز می‌شود.
- برای گروه‌های در معرض خطر پنومونی اکتسابی از جامعه واکسیناسیون پنوموکوکی توصیه می‌گردد.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به پنومونی

بررسی

- تب و لرز، تعریق شبانه، درد نوع پلورتیک، خستگی، تاکی‌پنه، استفاده از عضلات کمکی، برادی‌کاردی یا برادیکاردی نسبی، سرفه و خلط چرکی را بررسی کنید و صداهای تنفسی را از نظر پرشدگی سمع کنید.
- به تغییرات درجه حرارت به نبض؛ مقدار، بوورنگ ترشحات و صداهای تنفسی توجه نمایید.
- دفعات و شدت سرفه.
- شدت تاکی‌پنه یا تنگی نفس.
- تغییرات در یافته‌های رادیوگرافی قفسه‌سینه.
- عوارض همچون تب مداوم یا عودکننده آتلکتازی، افیوژن پلور عوارض قلبی و عفونت اضافه را بررسی نمایید.
- بیمار سالمند را از نظر تغییر وضعیت ذهنی، دهیدراتاسیون (خستگی بیش از حد) و نارسایی احتقانی قلب ارزیابی کنید.

P

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- پاک شدن غیر مؤثر راه هوایی در ارتباط با تجمع ترشحات داخل تراشه و برونش
- عدم تحمل فعالیت در ارتباط با اختلال در عملکرد تنفسی
- احتمال کمبود حجم مایع در ارتباط با تب و تنگی نفس
- عدم تعادل تغذیه کمتر از نیاز بدن
- کمبود آگاهی درباره برنامه درمانی و روش‌های پیشگیری

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

- هیپوتانسیون و شوک

- نارسایی تنفس
- آتلکتازی
- افیوژن پلور
- گیجی
- عفونت اضافه

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی بیمار ممکن است شامل باز کردن راه هوایی، استراحت برای حفظ انرژی، حجم مناسب مایع، تغذیه کافی، درک پروتکل درمان روش‌های پیشگیری و فقدان عوارض جانبی می‌باشند.

مداخلات پرستاری

بازکردن راه هوایی

- هیدراتاسیون: مصرف مایعات (۲ تا ۳ لیتر در روز) را جهت شل شدن ترشحات تشویق کنید.
- هوای مرطوب با استفاده از ماسک صورت با رطوبت بالا فراهم کنید.
- بیمار به را انجام سرفه مؤثر تشویق کنید و در وضعیت صحیح قرار دهید، فیزیوتراپی قفسه‌سینه و اسپیرمتری انگیزش ارایه دهید.
- در صورت نیاز ساکشن بینی تراشه فراهم نمایید.
- روش مناسب برای اکسیژن درمانی ارائه دهید.
- اثر بخشی اکسیژن درمانی را تحت نظر بگیرید.

افزایش دریافت مایعات و حفظ تغذیه مناسب

- مصرف مایعات را تشویق کنید (حداقل ۲ لیتر در روز حاوی الکترولیت و کالری)
- مایعات و مواد غذایی داخل وریدی را تجویز نمایید

افزایش تحمل فعالیت

- با بیمار در مورد استراحت و اجتناب از فعالیت بیش از حد که ممکن است نشانه‌ها را تشدید کنند مشاوره نمایید.

- به بیمار در قرارگیری در وضعیت مناسب که تنفس راحت را به حداکثر می‌رساند (برای مثال نیمه نشسته) کمک کنید
- بیمار را به‌طور مکرر تغییر وضعیت دهید (به ویژه در سالمندان)

اطلاع رسانی به بیمار

- علت پنومونی و درمان نشانه‌ها را آموزش دهید
- درمان‌ها را به روش ساده و با استفاده از زبان مناسب توضیح دهید
- آموزش‌ها و توضیحات را در صورت نیاز تکرار کنید

تحت نظر گرفتن و پیشگیری از عوارض جانبی

- علایم و نشانه‌های شوک و نارسایی تنفسی را بررسی کنید (همانند ارزیابی علایم حیاتی، پالس‌اکسی‌متری و پارامترهای مانیتورینگ همودینامیک).
- طبق دستور مایعات و داروهای داخل وریدی و حمایت تنفسی را ارائه دهید
- روش‌های پیشگیری از آتلکتازی را آغاز نمایید.
- علایم آتلکتازی و افیوژن پلور را بررسی کنید
- در انجام توراسنتز کمک کنید و بعد از انجام پروسیجر بیمار را از نظر پنوموتوراکسی تحت نظر بگیرید.
- علایم عفونت اضافه (افزایش درجه حرارت، سرفه) را بررسی کرده و در درمان کمک کنید.
- گیجی یا تغییرات شناختی را ارزیابی کنید؛ عوامل زمینه‌ای را بررسی نمایید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار تداوم آنتی‌بیوتیک درمانی تا تکمیل دوره درمان را بیاموزید.
- به بیمار بیان کنید که خستگی و ضعف ممکن است ادامه یابند.
- ورزشهای تنفسی جهت اتساع ریه و پاک شدن راههای هوایی را تشویق نمایید.
- انجام رادیوگرافیهای قفسه‌سینه را جهت پیگیری تشویق کنید.
- بیمار را به ترک سیگار تشویق نمایید.

P

- به بیمار در مورد اجتناب از خستگی، تغییرات ناگهانی در درجه حرارت و مصرف زیاد الکل که مقاومت در مقابل پنومونی را می‌کاهند آموزش دهید.
- اصول تغذیه و استراحت کافی را مرور نمایید.
- واکسن آنفولانزا و پنومو واکس را برای تمام بیماران در معرض خطر (سالمند؛ بیماران مبتلا به بیماری قلبی و ریوی) توصیه کنید.
- در صورت نیاز بیمار را جهت مراقبت در منزل برای تسهیل تبعیت از برنامه درمانی ارجاع دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۳، درستامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Pneumothorax and Hemothorax

پنوموتوراکس و هموتوراکس

پنوموتوراکس زمانی روی می‌دهد که لایه‌های احشایی یا جداری جنب سوراخ شده و فضای جنب در معرض فشار منبت جو قرار گیرد. هوا وارد فضای جنب می‌شود و ریه یا قسمتی از آن کلاپس می‌گردد. انواع پنوموتوراکس شامل پنوموتوراکس ساده، تروماتیک و فشاری می‌باشند. پنوموتوراکس ساده ممکن است در فرد سالم روی دهد یا ممکن است با بیماری بینابینی ریه یا آمفیزم مرتبط باشد. پنوموتوراکس تروماتیک می‌تواند در اثر ترومای قفسه‌سینه، ترومای نافذ به قفسه‌سینه، پارگی‌های شکم یا دیافراگم یا روش‌های تهاجمی توراسیک روی دهد. پنوموتوراکس تروماتیک باز شامل شکافته شدن مدیاستین می‌باشد که موجب مشکلات شدید در گردش خون می‌شود. هموتوراکس تجمع خون در حفره قفسه‌سینه به‌علت پارگی عروق بین دنده‌ای یا پارگی ریه‌های صدمه دیده در اثر تروما می‌باشد. اغلب خون و هوا در حفره قفسه‌سینه یافت می‌شوند (هموپنوموتوراکس).

P

تظاهرات بالینی

علایم و نشانه‌های مرتبط با پنوموتوراکس به اندازه و علت آن بستگی دارند:

- درد پلورتیک با شروع ناگهانی

- دیسترس تنفس حداقل با پنوموتوراکس کوچک؛ دیسترس تنفسی حاد در پنوموتوراکس وسیع
- اضطراب، تنگی نفس، گرسنگی هوا، استفاده از عضلات کمک تنفسی و سیانوز مرکزی (با هیپوکسمی شدید) همراه با تاکی‌پنه، صدای تمپان در دق دیواره قفسه‌سینه، کاهش یا فقدان صداهای تنفسی و تاکتیل فرمیتوس سمت مبتلا.

درمان طبی

هدف تخلیه هوا یا خون از فضای جنب و حفظ تعادل مایع می‌باشد.

- برای درمان هموتوراکس لوله قفسه‌سینه با قطر بزرگ در فضای بین دنده‌ای چهارم یا پنجم قرار داده می‌شود
- لوله قفسه‌سینه کوچک نزدیک فضای بین دنده‌ای دوم برای درمان پنوموتوراکس گذاشته شود
- در صورت خروج بیش از حد خون از لوله قفسه‌سینه، اتوترانسفوزیون را انجام دهید.
- پنوموتوراکس تروماتیک باز با گاز وازلین مسدود می‌شود؛ بیمار یک دم انجام داده و برای خروج هوا از توراکس در مقابل گلوت بسته باز دم می‌کند تا لوله قفسه‌سینه همراه با درناژ عایق آب گذاشته شود.

پنوموتوراکس فشاری

پنوموتوراکس فشاری زمانی روی می‌دهد که هوا وارد فضای جنب شده و با هر تنفس احتباس یابد. فشار بر ریه وارد شده و موجب کلاپس ریه و انحراف مدیاستین (قلب، عروق خونی بزرگ و تراشه به سمت سالم) می‌شود که یک اورژانس طبی می‌باشد. هر دو عملکرد تنفسی و گردش خون مختل می‌شوند.

تظاهرات بالینی

- گرسنگی هوا، اضطراب، و بی‌قراری
- افزایش هیپوکسی، سیانوز
- هیپوتانسیون، تاکی کاردی و دیورز شدید
- جابجایی نای به خارج از سمت مبتلا

درمان طبی

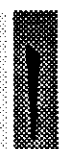
- پالس‌اکسی‌متری جهت بررسی میزان اکسیژن خون در موارد هیپوکسی بکار می‌رود
- تبدیل پنوموتوراکس فشاری به پنوموتوراکس ساده از طریق وارد کردن سوزن با شماره بزرگ در فضای جنب برای کاهش فشار انجام می‌شود
- لوله قفسه‌سینه با ساکشن برای تخلیه هوا و مایع وارد می‌شود
- جراحی ممکن است برای بستن محل نشت ضرورت یابد



هشدار پرستاری: پنوموتوراکس نیازمند درمان فوری است.

پنوموتوراکس باز

پنوموتوراکس باز ایجاد سوراخی بزرگ در دیواره قفسه‌سینه می‌باشد که امکان ورود و خروج آزاد هوا به حفره قفسه‌سینه با هر تنفس را می‌دهد (زخم‌های مکنده). ریه کلاپس می‌شود؛ قلب و عروق خونی بزرگ با هر دم به سمت سالم منحرف می‌شوند و باهر بازدم به طرف مخالف می‌روند (فلاترمدیاستین)[1].



هشدار پرستاری: جهت توقف جریان هوا از شکاف دیواره قفسه‌سینه، از هر چیز بزرگ برای پوشاندن سوراخ استفاده کنید (حوله، کف دست، دستمال) بیمار را به انجام دم و بازدم در مقابل گلوت بسته تشویق کنید (در صورتی که هوشیار باشد) در صورت امکان، شکاف را با استفاده از گاز آغشته به وازلین بپوشانید. از پانسمان فشاری استفاده کنید.

درمان طبی

جهت خروج هوا و مایع لوله قفسه‌سینه را به درناژ عایق آب متصل کنید و برای پیشگیری از عفونت ناشی از آلودگی، آنتی‌بیوتیکها را تجویز کنید. در صورت خون‌ریزی شدید، اتوترانسفوزیون صورت می‌گیرد.

1- Mediastinal flutter

تدابیر پرستاری

- از طریق بررسی و تعیین افراد در معرض خطر، به تشخیص به موقع کمک کنید؛ نشانه‌ها را گزارش دهید.
- در گذاشتن لوله قفسه‌سینه کمک کنید؛ سیستم درناژ قفسه‌سینه یا عایق آب را حفظ کنید.
- وضعیت تنفسی و اتساع مجدد ریه با اقدامات (حمایت ریه) صورت گرفته با همکاری سایر مراقبین بهداشتی را تحت نظر بگیرید (برای مثال پزشک، درمانگر تنفسی، فیزیوتراپ).
- به بیمار و خانواده اطلاعات لازم را ارائه داده و حمایت عاطفی به عمل آورید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

پلی‌سایتمی Polycythemia

پلی‌سایتمی افزایش حجم گلبولهای قرمز خون می‌باشد. هماتوکریت بیش از ۵۵٪ در مردان یا بیش از ۵۰٪ در زنان افزایش می‌یابد پلی‌سایتمی به انواع اولیه یا ثانویه طبقه بندی می‌شود.

P

پلی‌سایتمی ثانویه

پلی‌سایتمی ثانویه در اثر تولید بیش از حد اریتروپوئتین به‌وجود می‌آید. ممکن است در پاسخ به محرک هیپوکسیک همانند بیماری انسدادی مزمن ریه یا بیماری سیانوتیک قلبی یا در هموگلوبینوپاتی‌های خاص که در آن هموگلوبین تمایل غیرطبیعی جهت اتصال اکسیژن دارد، روی دهد یا می‌تواند در اثر نئوپلاسم همچون کارسینو مای سلول کلیه به وجود آید. درمان پلی‌سایتمی ثانویه شامل درمان مشکل اولیه است. اگر علت تصحیح نشود ممکن است فلبوتومی جهت کاهش هیپرولمی و هیپرویسکوزیتی ضرورت یابد.

پلی‌سایتمی ورا (اولیه)

پلی‌سایتمی ورا، یا پلی‌سایتمی اولیه، اختلال پرولیفراتیو است که در آن

سلول‌های بنیادی میلوئیدی به مکانیسم‌های طبیعی کنترل پاسخ نمی‌دهند. مغز استخوان هیپرسلولار است و در خون محیطی تعداد گلبول قرمز (غالباً با هماتوکریت بیش از ۵۰٪) تعداد گلبول سفید و پلاکت‌ها اغلب افزایش یافته‌اند. تشخیص براساس شمارش کامل سلول‌های خونی (افزایش گلبولهای سفید و قرمز و پلاکت) گذاشته می‌شود. میزان اریتروپوئتین ممکن است متناسب با افزایش هماتوکریت نباشد.

تظاهرات بالینی

بیماران معمولاً اسپلنومگالی دارند. علایم ناشی از افزایش حجم خون (سردرد، وزوزگوش، پارستزی، سرگیجه، خستگی و تاری دید) یا افزایش ویسکوزیته خون (آنژین، لنگیدن متناوب، تنگی نفس و ترومبوفلبیت) می‌باشند. خونریزی یک عارضه جانبی است و خارش عارضه شایع و ناراحت‌کننده است. اریترومیالژیا (احساس سوزش در انگشتان و پاها) ممکن است گزارش شوند.

درمان طبی

هدف از درمان کاهش تجمع زیاد گلبولهای قرمز خون می‌باشد.

- فلبوتومی بطور مکرر انجام شده تا هموگلوبین در حد طبیعی نگهداشته شود؛ مکملهای آهنی منع مصرف دارند.
- فسفر رادیواکتیو یا داروهای شیمی‌درمانی جهت سرکوب عملکرد مغز استخوان به‌کار می‌رود (ممکن است احتمال لوسمی را بیافزایند).
- آلوپرینول جهت پیشگیری از حملات نقرس در زمان افزایش اسیداوریک استفاده می‌شود.
- آنتی هیستامین‌ها ممکن است برای کنترل خارش به‌کار روند (خیلی مؤثر نیستند).
- اینترفرون آلفا-2b برای درمان خارش مرتبط با بیماری استفاده می‌شود
- آنگرلید (آگریلین)[1] ممکن است برای مهار تجمع پلاکتی و کنترل ترومبوز مرتبط با پلی‌سیتمی استفاده شود.

1-Anegrelide (Agrylin)

تدابیر پرستاری

- به بیمار تشخیص علایم و نشانه‌های ترومبوز را بیاموزید.
- به بیمار پرهیز از مصرف آسپرین و داروهای حاوی آسپرین را توصیه کنید (اگر بیمار تاریخچه خونریزی دارد).
- بیمار را به کاهش مصرف الکل تشویق نمایید.
- حمام خنک یا ولرم برای کاهش خارش، همراه با لوسیون‌های حاوی روغن کاکائو و سایر فرآورده‌ها جهت تسکین خارش را پیشنهاد کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

پروستاتیت Prostatitis

پروستاتیت التهاب غده پروستات بوده که در اثر عوامل عفونی (باکتری، قارچ، مایکوپلاسما)، یا سایر انواع مشکلات (برای مثال، تنگ شدن مجرای ادرار، هیپرپلازی پروستاک) بوجود می‌آید. میکروارگانیسم‌ها معمولاً از مجرای ادرار وارد پروستات می‌شوند. پروستاتیت ممکن است بسته به وجود یا فقدان میکروارگانیسم‌ها در مایع پروستاتیت به انواع باکتریال یا غیرباکتریال تقسیم شود. اشرشیاکلی شایع‌ترین ارگانیسم ایجاد کننده است.

تظاهرات بالینی

علایم و نشانه‌ها شامل ناراحتی پرینه، سوزش ادرار، فوریت در ادرار کردن، تکرر ادرار و درد با یا بعد از خروج مایع منی می‌باشند. علامت دیگر پروستاتودینیا[1] (درد در پروستات) است که با دفع دردناک ادرار یا درد پرینه بدون شواهد التهاب یا رشد باکتری در مایع پروستات مشخص می‌شود.

نشانه‌های پروستاتیت باکتریال حاد

اگرچه برخی بیماران دارای علایم نیستند، ولی سایرین از تب و لرز ناگهانی؛

1- Prostatodynia

درد پرینه، مقعد یا کمر؛ و تکرار ادرار، فوریت در ادرار کردن، شب ادراری و دیزوری شکایت دارند.

نشانه‌های پروستاتیت مزمن

علاوه بر نشانه‌های فوق ترشح از مجرای ادرار ممکن است مشاهده شود. پروستاتیت ممکن است موجب عفونت عودکننده مجرای ادرار (UTI) شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- تاریخچه، کشت از مایع یا بافت پروستات
- بررسی هیستولوژیک بافت
- کشت سگمنتال ادرار و تجزیه ادرار
- بررسی مایع پروستات

درمان طبی

هدف از درمان پیشگیری از عوارض جانبی است که شامل تشکیل آبسه و سپتی سمی می‌باشند. داروهای ضدمیکروبی وسیع الطیف برای ۱۰ تا ۱۴ روز تجویز شده و بیمار جهت استراحت در تخت برای تسکین سریع نشانه‌ها تشویق می‌شود. مسکن‌ها، ضداسپاسم‌ها، آرامبخش‌های مثانه، حمام نشیمن (برای ۱۰ تا ۲۰ دقیقه) و ملین‌ها و نرم‌کننده‌های مدفوع موجب راحتی بیمار می‌شوند.

P

درمان پروستاتیت باکتریال مزمن

الویت با درمان UTI عود کرده است (اگر وجود داشته باشد). دارودرمانی شامل آنتی‌میکروبیال (تری‌متوپریم سولفامتوکسازول، تتراسایکلین، داکسی‌سایکلین)، و درمان ساپرسیو مداوم با دوز پایین داروهای آنتی‌میکروبیال ممکن است استفاده شود. داروهای دیگر شامل بلوک‌کننده‌های آلفاآدرنرژیک برای ریلکس پروستات و مثانه است. اقدامات راحتی همان‌هایی هستند که برای پروستاتیت باکتریال استفاده می‌شد.

درمان پروستاتیت غیر باکتریال

روش‌های تسکین علایم شامل حمام نشیمن و مسکن‌ها هستند

تدابیر پرستاری

- طبق دستور آنتی‌بیوتیکها را تجویز کنید.
- روش‌های راحتی را توصیه نمایید: مسکن‌ها، حمام نشیمن برای ۱۰ تا ۲۰ دقیقه چند بار در روز.
- به بیمار تکمیل آنتی‌بیوتیک درمانی تجویز شده را آموزش دهید.
- مایعات تا حد رفع تشنگی را تشویق کنید اما فرد را وادار به خوردن مایعات نکنید، زیرا میزان مؤثر دارو باید در ادرار حفظ شود.
- به بیمار پرهیز از غذاها و نوشیدنیهایی که اثر دیورتیکی دارند یا موجب افزایش ترشح پروستات می‌شوند، همانند الکل، قهوه، چای، شکلات، کولا و ادویه جات را آموزش دهید.
- به بیمار بیاموزید که در دوره‌های التهاب حاد از مقاربت جنسی پرهیز کنند.
- به بیمار آموزش دهید که انزال با مقاربت جنسی یا خود ارضایی ممکن است از طریق کاهش احتباس مایعات پروستات جهت پروستاتیت مزمن مؤثر باشد.
- بیمار را به پرهیز از نشستن به مدت طولانی جهت کاهش ناراحتی توصیه نمایید.
- تأکید کنید که پیگیری طبی برای حداقل ۶ ماه تا یکسال ضروری است.

هشدار پرستاری: نسبت به مشکلات مشترک و عوارض جانبی همچون احتباس ادرار ناشی از تورم پروستات، اپیدیدیمیت، باکتریمی و پیلونفریت، هوشیار باشید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۹، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

خارش Pruritus

خارش یکی از شایع‌ترین شکایات پوستی می‌باشد. خاراندن موجب می‌شود که سلول‌های ملتهب و پایانه‌های عصبی هیستامین آزاد کنند که موجب خارش بیشتر می‌شود و این چرخه خاراندن ـ خارش تداوم می‌یابد. خاراندن

می‌تواند موجب تغییر تمامیت پوست همراه با زخم، قرمزی و نواحی برجسته (تاول) عفونت یا تغییر در پیگمانتان شود. اگرچه خارش معمولاً ناشی از بیماری اولیه پوست می‌باشد، ممکن است نشانه بیماری سیستمیک همچون دیابت ملیتوس، اختلالات کلیه، کبد، تیروئید یا خون؛ یا سرطان باشد. خارش ممکن است در اثر مصرف داروهای خوراکی خاص (آسپرین، آنتی‌بیوتیکها، هورمونها، مخدرها)، تماس با عوامل محرک (صابون، مواد شیمیایی) یا عرق سوز (میلیاریا) ایجاد شود. ممکن است عارضه جانبی پرتو درمانی، واکنش به شیمی درمانی یا علامت عفونت باشد. ممکن است در سالمندان در اثر خشکی پوست روی دهد. همچنین می‌تواند به‌علت عوامل روانی (تنش عاطفی) به وجود آید.

تظاهرات بالینی

- خارش و خاراندن، اغلب در شب شدیدتر است (چرخه خارش ـ خاراندن ـ خارش)
- زخم، قرمزی، نواحی برجسته روی پوست (تاول) در اثر خاراندن
- عفونت یا تغییر در پیگمانتاسیون
- خارش ناتوان‌کننده در موارد شدید

P

درمان طبی

علت خارش باید مشخص و درمان شود بیمار به اجتناب از شستشو با صابون و آب گرم توصیه می‌شود. کمپرس سرد، کیسه یخ یا مواد سرد که حاوی منتل و کامفور هستند، ممکن است استفاده شوند.

- روغن‌های حمام (لوبریدرم یا آلفاکری) بجز در سالمندان یا افراد مبتلا به اختلال در تعادل به‌علت خطر سقوط نباید از روغن حمام استفاده کنند تجویز می‌شوند.
- استروئیدهای موضعی جهت کاهش خارش تجویز می‌گردند.
- آنتی‌هیستامین خوراکی (دیفن هیدرامین [بنادریل][1] برخی اوقات استفاده می‌شوند.

1- Diphenhydramine (Benadryl)

- ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای (دوکسپین [سینکوان][1] ممکن است در خارش‌ها با فشارعصبی - روانی تجویز شوند.

تدابیر پرستاری

- علت برنامه درمانی تجویز شده را تأکید کنید.
- به بیمار استفاده از آب ولرم و خشک کردن آب روی بدن و نواحی چین پوستی با استفاده از حوله را تأکید نمایید.
- به بیمار پرهیز از مالش شدید حوله روی پوست را توصیه کنید زیرا موجب تحریک بیش از حد پوست و خارش بیشتر می‌شود به بیمار پرهیز از خاراندن، کوتاه کردن ناخن‌ها جهت پیشگیری از آسیب و عفونت پوستی را بیاموزید.
- به بیمار پرهیز از موقعیتهایی را توصیه کنید که موجب اتساع عروقی می‌شوند (محیط گرم، مصرف الکل یا غذاهای گرم و مایعات)
- بعد از استحمام با استفاده از مواد مرطوب‌کننده پوست را مرطوب کنید.
- اطاق را خنک و مرطوب نگهدارید.
- به بیمار پوشیدن لباس نخی نرم و پرهیز از فعالیتهایی که موجب تعریق بیش از حد می‌شوند، توصیه کنید
- زمانی‌که علت زمینه‌ای خارش ناشناخته است و بررسی بیشتر مورد نیاز می‌باشد، هر آزمون و نتیجه مورد انتظار را توضیح دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۶، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

پسوریازیس Psoriasis

پسوریازیس بیماری التهابی غیر عفونی و مزمن پوست می‌باشد که در آن تولید سلول‌های اپیدرم ۶ تا ۹ برابر سریع‌تر از حالت طبیعی می‌شود. شروع ممکن است در هر سنی روی دهد اما بین ۱۵ تا ۳۵ سالگی شایع‌تر است. نواحی از بدن که مبتلا می‌شوند عبارتند از: پوست سر، آرنج و زانو، قسمت

1- Doxepin [Sinequan]

پایین کمر و دستگاه تناسلی خارجی. تقارن دو طرفه اغلب وجود دارد. پسوریازیس ممکن است با آرتریت غیر قرینهٔ چندین مفصل همراه باشد. وضعیت پسودیاتیک پوسته پوسته‌ای ممکن است ایجاد شود که در آن بیمار به کل سطوح بدن پیشرفت می‌کند.

پاتوفیزیولوژی

سلول‌های پوستی بازال به سرعت تقسیم شده و سلول‌های جدیداً تشکیل یافته به صورت پوسته‌ها یا پلاکهایی از بافت اپیدرم قابل مشاهده هستند. سلول‌های پسوریاتیک ممکن است از لایه سلول بازال اپیدرم به سطح پوست حرکت کرده و در مدت ۳ تا ۴ روز به صورت پوسته ریخته شوند که در حالت طبیعی این فرایند ۲۶ تا ۲۸ روز طول می‌کشد. به‌علت عبور سریع سلول، وقایع طبیعی بلوغ و رشد سلول روی نمی‌دهند و لایه‌های حفاظتی طبیعی پوست تشکیل نمی‌شوند. یک نقص ارثی وجود دارد که موجب تولید بیش از حد کراتین می‌شود. نقص اولیه ناشناخته است. دوره‌های تنش عاطفی و اضطراب بیماری را تشدید می‌کنند. تغییرات هورمونی، فصلی، عفونت‌ها و تروما عوامل تشدیدکننده بیماری هستند.

P

تظاهرات بالینی

نشانه‌ها از اختلال زیبایی تا ناتوانی جسمی و زشتی ظاهری متغیر هستند.

- ضایعات به صورت پچ‌های قرمز برجسته پوشیده با پوسته‌های نقره‌ای می‌باشند.
- اگر پوستها برداشته شوند پایه قرمز تیره با نقاط خون‌ریزی‌دهنده متعدد مشاهده می‌شود.
- پچ‌ها خشک هستند و ممکن است همراه یا بدون خارش باشند.
- بیماری ممکن است با فرورفتگی ناخن، اختلال در رنگ، شکنندگی لبه‌های آزاد آن و جدا شدن از بستر ناخن همراه باشد.
- اگر پسوریازیس روی نوک انگشتان و کف دست روی دهد، ضایعات پوسچولی ممکن است به وجود آید.
- در پسوریازیس ارتیرودرمیک بیمار به شدت ناخوش بوده و دارای تب، لرز و عدم تعادل الکترولیت می‌باشد.

ملاحظات روانی

- پسوریازیس ممکن است موجب ناراحتی و احساس درماندگی شود. ناظرین ممکن است خیره شده و سؤالات ناراحت‌کننده بپرسند یا حتی از شما دوری کنند.
- بیماری می‌تواند موجب خستگی فرد شود، با شغل فرد تداخل داشته باشد و در کل زندگی را ناراحت کننده.
- نوجوانان به ویژه نسبت به اثرات روانی بیماری آسیب‌پذیر هستند.
- پسوریازیس به‌علت درمان طولانی مدت، استفاده از پمادهای گوناگون و ریزش مداوم پوسته‌ها می‌تواند موجب مشکلات خانوادگی شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- ضایعات کلاسیک نوع پلاک از نظر بافت‌شناسی از پلاکهای اولیه به مزمن تغییر می‌کنند.
- علایم درگیری ناخن و پوست سرو تاریخچه مثبت خانوادگی.

درمان طبی

اهداف درمان کاهش سرعت تکثیر اپیدرم و درمان سریع ضایعات پسوریاتیک می‌باشند. درمان شناخته شده‌ای وجود ندارد. رویکرد درمانی باید قابل درک باشد، از نظر زیبایی قابل قبول بوده و در سبک زندگی اختلال ایجاد نکند.

در ابتدا، تمام عوامل تشدیدکننده مشخص می‌شوند. بررسی سبک زندگی صورت گیرد زیرا پسوریازیس تحت تأثیر استرس می‌باشد. مهمترین اصل درمان برداشتن آرام پوسته‌ها می‌باشد (روغن‌های حمام، فرآورده‌های Coal tar و برس نرم جهت برداشتن پلاکهای پسوریاتیک). بعد از استحمام استفاده از کرم‌های مرطوب‌کننده حاوی اسیدهای آلفاهیدروکسی (لاک هیدرین، پندرم) یا اسیدسالیسیلیک پوسته‌های ضخیم را نرم می‌کنند. سه نوع درمان استاندارد هستند موضعی، داخل ضایعه و سیستمیک.

درمان موضعی

- درمان موضعی جهت کاهش فعالیت بیش از حد اپیدرم بدون گرفتاری سایر بافت‌ها استفاده می‌شود.

- درمان با کورتیکواستروئید موضعی برای کاهش التهاب استفاده می‌شود.
- داروها شامل فرآورده‌های تار، آنترالین (محرک)، آلفا- هیدروکسی یا اسیدسالیسیلیک و کورتیکواستروئیدها؛ کلسیپوترین[1] (دوونکس[2]: به‌علت افزایش شکنندگی پوست در سالمندان توصیه نمی‌شود همچنین در زنان حامله یا شیرده استفاده نمی‌گردد)؛ و تازاروتن (تازوراک)[3] و ویتامین D می‌باشند. پانسمان پوشاننده (پلاستیک) ممکن است اثر بخشی دارو را بیافزاید. داروها ممکن است به صورت لوسیون، پماد، مایع کرم و شامپو باشند.

هشدار پرستاری: قابلیت اشتعال مواد پلاستیک مورد استفاده را بررسی کنید؛ به بیمار هشدار دهید که سیگار نکشد و نزدیک آتش نرود.

درمان داخل ضایعه

تزریقات داخل ضایعه تریامسینولون استونايد[4] (آریستوکورت[5]، کنالوگ[6] ۱۰، تری‌مکس[7]).

هشدار پرستاری: اطمینان دهید که در پوست طبیعی تزریق انجام نمی‌شود.

درمان سیستمیک: خوراکی و تزریقی

- فرآورده‌های سایتوتوکسیک سیستمیک (متوترکسات) ممکن است جهت درمان پسوریازیس استفاده شوند سایر داروهای سیستمیک شامل

1- Calcipotriene
2- Dovonex
3- Tazarotene (Tazorac)
4- Triamcinolone Acetonide
5- Aristocort
6- Kenolog-10
7- Trymex

هیدروکسی اوره (هیدرا[1]) و سیکلوسپورین آ[2] (CyA) می‌باشند.

- بررسی‌های آزمایشگاهی جهت اطمینان از عملکرد کافی سیستم‌های کبدی، خونی و کلیوی کنترل می‌شوند.
- بیمار باید حین مصرف متوتروکسات از مصرف الکل اجتناب کند (احتمال صدمه کلیوی را می‌افزاید).
- رتینوئیدهای خوراکی (مشتقات صناعی ویتامین A و اسیدویتامین A)، انترتینات[3] ممکن است تجویز شوند.

فتوکموتراپی (شیمی درمانی همراه با اشعه)

- پسورالن و ماوراء بنفش[4] A (PurA) ممکن است جهت پسوریازی‌های شدید ناتوان‌کننده استفاده شوند.
- شیمی درمانی همراه با اشعه با خطرات طولانی مدت سرطان پوست، کاتاراکت و پیرشدن زود هنگام پوست مرتبط می‌باشند.
- درمان با نور ماوراء بنفش B(UVB) ممکن است جهت درمان پلاکهای عمومی استفاده شود و ممکن است با پماد موضعی کوال تار (جئوکرمن تراپی[5]) ترکیب شود. درمان با لیزراگزایمر ممکن است مورد استفاده قرار گیرد.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به پسوریازیس

بررسی

بررسی بر چگونگی سازگاری بیمار با بیماری پوستی، ظاهر پوست طبیعی و ظاهر ضایعات پوستی متمرکز است.

- به تظاهرات پوستی اصلی (پاپولهای قرمز پوسته همراه با پلاکهای به خوبی متمایز شده بیضی شکل) توجه کنید.

1- Hydrouyurea (Hydrea)
2- Cyclosporine A
3- Etertinate
4- Psoralens and ultraviolet A
5- Goeckermans therapy

- نواحی بدن به ویژه نواحی مبتلا را بررسی کنید: آرنج، زانو، پوست سر، انگشتان و ناخن‌های پا (از نظر فرورفتگی‌های کوچک) و شکاف گلوتئال

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- کمبود آگاهی در مورد بیماری و درمان.
- اختلال در تمامیت پوست در ارتباط با ضایعات و پاسخ التهابی.
- اختلال در تصویر ذهنی از جسم خویش در ارتباط با نگرانی در مورد ظاهر و درک از خود در مورد پاکیزه نبودن.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- آرتریت پسوریاتیک
- عفونت

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی شامل افزایش آگاهی در مورد پسوریازیس و برنامه درمان، یکنواختی پوست با کنترل ضایعات، پذیرش خود و فقدان عوارض می‌باشند.

P

مداخلات پرستاری

افزایش آگاهی

- توضیح دهید که بیماری درمان ندارد و مراقبت تا پایان عمر ضروری است؛ فرایند بیماری معمولاً قابل کنترل است.
- پاتوفیزیولوژی پسوریازیس و عوامل تشدیدکننده آن را مرور کنید: هرگونه محرک یا صدمه به پوست (بریدگی، ضایعه آفتاب سوختگی)، هرگونه بیماری اخیر، تنش عاطفی، محیط نامطلوب و دارو (به بیمار درباره داروهای بدون نسخه پزشک هشدار دهید).
- برنامه درمانی جهت اطمینان از تبعیت از آن را مرور کرده و توضیح دهید؛ برای بیمار جزوات آموزش علاوه بر گفتگوی چهره به چهره فراهم نمایید.

افزایش تمامیت پوست

- به بیمار توصیه کنید که نواحی مبتلا را نخاراند.
- بیمار را به پیشگیری از خشک شدن پوست تشویق کنید؛ پوست خشک موجب تشدید پسوریازیس می‌شود.
- به بیمار اطلاع دهید که آب نباید بسیار گرم باشد و پوست باید با گذاشتن و برداشتن حوله خشک شود.
- به بیمار در مورد استفاده از روغن حمام یا داروهای مرطوب‌کننده بر روی پوست زخم و پوسته پوسته آموزش دهید.

بهبود مفهوم از خود و تصویر ذهنی از جسم خویش

روشهای سازگاری را معرفی کنید و جهت کاهش تنش یا سازگاری با موقعیتهای استرس زا توضیحات لازم را ارائه دهید تا بینش و نگرش مثبت و پذیرش بیمار را تسهیل سازید.

بررسی و کنترل عوارض جانبی

- آرتریت پسوریاتیک: ناراحتی مفصل را بررسی کرده و ارزشیابی کنید.
- به بیمار در استفاده از گرما، استراحت مفصل و مصرف سالیسیلات‌ها کمک کنید.
- به بیمار درباره مراقبت و درمان و نیاز برای تبعیت از برنامه درمانی را آموزش دهید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار بیان کنید که داروی موضعی آنترالین نقاط صورتی متمایل به قهوه‌ای برجای می‌گذارد که با توقف درمان رفع می‌شوند ضایعات باید پوشانده شوند تا از کثیف شدن لباس، وسایل منزل و ملحفه‌های تخت پیشگیری شود.
- به بیمار توضیح دهید که ترکیبات موضعی کورتیکواستروئیدی روی صورت و اطراف چشم فرد را در معرض ایجاد کاتاراکت قرار می‌دهد. از برنامه درمانی و رهنمودها جهت اجتناب از مصرف بیش از حد تبعیت کنید.

- در استفاده از ترکیبات تار نکات سودمند را رعایت کنید.
- به بیمار جهت اجتناب از تماس با نور خورشید در مدت درمان با PUVA آموزش دهید.
- به بیمار برنامه معاینه چشم در فواصل منظم را خاطرنشان سازید.
- به بیمار بیاموزید که جهت پیشگیری از تهوع، متوکسالن را با غذا مصرف کند.
- به بیماران در سن شیردهی توضیح دهید که PUVA تراتوژنیک است (می‌تواند نقایص جنینی برجای بگذارد).
- بیمار را جهت عفونت در گروه حمایتی و تماس با انجمن ملی پسوریانس برای کسب اطلاعات تشویق نمایید.

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار از بیمار

- آگاهی و درک از بیماری و درمان را ابراز می‌کند
- پذیرش خود را نشان می‌دهد
- به پوست هموار و کنترل ضایعات دست یافته است
- تسکین خارش و ناراحتی را تجربه می‌نماید
- عوارض جانبی را تجربه نمی‌کند

P

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۶، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

ادم‌ریوی، حاد — Pulmonary Edama, Acute

ادم‌ریوی تجمع غیرطبیعی مایع در بافت ریه یا آلوئول می‌باشد. علت اصلی بازگشت خون به گردش خون ریه، در نتیجه افزایش فشار می‌باشد. مایع از دیواره عروق نشسته می‌کند و وارد راههای هوایی شده و موجب تنگی نفس شدید می‌شود. این بیماری شدید و تهدیدکننده زندگی است و معمولاً در اثر اختلال در عملکرد قلب به‌وجود می‌آید. ادم‌ریوی با منشاء غیر قلبی در اثر علل مختلف همچون افزایش ناگهانی فشار داخل وریدی در ریه همانند بعد از پنومونکتومی و اتساع سریع ریه‌ها بعد از آسپیراسیون پنوموتوراکس یا رفع

افیوژن پلور، استنشاق مواد سمی، افزایش مصرف دارو و ادم‌ریوی نروژنیک به‌وجود می‌آید. شایع‌ترین علت ادم‌ریه بیماری قلبی مرتبط با آترواسکلروز، هیپوتانسیون و اختلالات دریچه‌ای و میوپاتیک می‌باشد. اگر روش‌های مناسب فوراً صورت گیرند، محلات متوقف شده و بیمار می‌تواند نجات یابد.

تظاهرات بالینی

- حمله ادم‌ریوی بعد از خوابیدن برای چند ساعت روی می‌دهد و معمولاً به صورت بی‌قراری فزاینده، اضطراب و ناتوانی برای خوابیدن آغاز می‌شود.
- بیمار شروع ناگهانی تنگی نفس و احساس خفگی را تجربه می‌کند. دستها سرد و مرطوب می‌شوند، بستر ناخن سیانوتیک شده و پوست خاکستری رنگ می‌شود.
- نبض ضعیف و سریع می‌شود و ریه‌های گردن متسع می‌گردند.
- سرفه بی وقفه موجب افزایش مقدار خلط موکوس می‌شود.
- با پیشرفت ادم‌ریوی اضطراب به شدت افزایش می‌یابد بیمار گیج می‌شود سپس دچار استوپور می‌گردد.
- تنفس صدا دار و مرطوب است بیمار دارای خلط کف آلود صورتی رنگ است.

P

بررسی و روش‌های تشخیص

- تظاهرات بالینی موجب احتقان ریوی می‌شوند (کراکل ریه با نارسایی سمت چپ با یا بدون نارسایی سمت راست)
- عکس قفسه‌سینه جهت تأیید تشخیص
- بررسی همودینامیک: فشار شریان ریه و فشار وج مویرگهای ریه و برون ده قلب با استفاده از کاتتر شریان ریه
- پالس‌اکسیمتری برای بررسی سطوح گاز خون شریانی

درمان طبی

اهداف درمان طبی بهبود عملکرد بطن و افزایش تبادل تنفسی با استفاده از درمان ترکیبی با اکسیژن و دارو می‌باشند.

اکسیژناسیون

- اکسیژن در غلظتهای کافی برای کاهش هیپوکسی و تنگی نفس
- اکسیژن با فشار مثبت مداوم یا متناوب اگر علایم هیپوکسی تداوم یابند
- لوله گذاری داخل تراشه و تهویه مکانیکی، اگر نارسایی تنفسی روی دهد.
- فشار مثبت انتهای بازدم (PEEP)
- بررسی پالس اکسی متری و گازهای خون شریان (ABGs)

درمان دارویی

- تجویز مورفین داخل وریدی در مقادیر کم جهت کاهش اضطراب و تنگی نفس. منع مصرف در حوادث عروق مغزی، بیماری مزمن ریه یا شوک کاردیوژنیک؛ نالوکسان هیدروکلراید (نارکان) برای مواقع تضعیف شدید تنفس در دسترس باشد.
- دیورتیک‌ها: فورزماید (لازیکس) یا هیدروکلروتیازید (هیدرودیوریل) جهت ایجاد سریع دیورز.
- دیژیتال: جهت بهبود انقباض قلبی؛ با احتیاط زیاد در بیماران مبتلا به آنفارکتوس حاد میوکارد تجویز شود.
- داروهای متعدد داخل وریدی برای مثال میلرینون[1] جهت اتساع شریان‌ها یا نسیر تاید (ناترکور)[2] جهت بهبود حجم ضربه‌ای.

P

تدابیر پرستاری

- بیمار را در وضعیت نشسته کامل (در تخت) یا با پاهای آویزان جهت بهبود گردش خون قرار دهید. وضعیت ارجح برای بیمار آویزان کردن پاها از کنار تخت می‌باشد.
- با استفاده از لمس احساس مثبت عینی را به وی منتقل نمایید.
- اطلاعات مکرر ساده و دقیق درباره اقدامات درمانی برای بیماری و پاسخ‌های درمانی مورد نظر ارائه دهید.
- عوامل ایجادکننده اضطراب را تعیین کنید (برای مثال تنها ماندن حیوان

1- Milrinone

2- Nesiritide (Natrecor)

خانگی در منزل، وجود یک عضو خانواده ناخواسته) و اقدامات جهت کاهش علت اضطراب را انجام دهید.

- اثرات داروها را تحت نظر بگیرید بیمار را از نظر سرکوب شدید تنفسی، هیپوتانسیون و استفراغ بررسی کنید. آنتاگونیست مورفین برای مثال نالوکسان هیدروکلراید (نارکان) را در دسترس قرار دهید. طبق دستور سوند فولی برای بیمار گذاشته و تثبیت کنید یا توالت کنار تخت فراهم نمایید.
- مراحل اولیه عوارض را در زمان وجود علایم و نشانه‌های احتقان ریوی تشخیص دهید. ریه بیماران مبتلا به بیماری قلبی را سمع کنید.
- تحرک و گردش خون کافی بیمار را مهیا سازید. بیمار را در وضعت نشسته با پاهای آویزان قرار دهید
- مانع فعالیت بیش از حد و تنش عاطفی جهت کاهش بار کاری بطن چپ شوید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

P

آمبولی ریه Pulmonary Embolism

آمبولی ریه به انسداد شاخه اصلی یا یک یا چند شاخه فرعی شرایین ریه توسط ترومبوز اطلاق می‌شود که منشاء ترومبوز جایی در سیستم وریدی یا در سمت راست قلب است. تبادل گازی در ریهٔ دچار انسداد عروقی مختل می‌شود. آمبولی وسیع ریه تهدید کننده زندگی است و در مدت ۱ تا ۲ ساعت اول وقوع آمبولی می‌تواند موجب مرگ شود. اختلال شایع مرتبط با تروما و جراحی(ارتوپدیک، شکم، لگن و دستگاه تناسلی)، حاملگی، استفاده از ضدبارداری‌های خوراکی، نارسایی احتقانی قلب، افراد بالای ۵۰ سال سن، وضعیت‌های با توانایی انعقادی زیاد و بی‌حرکتی طولانی مدت می‌باشند. بیشتر ترومبوزها از وریدهای عمیق پا منشاء می‌گیرند.

تظاهرات بالینی

نشانه‌ها به اندازه ترومبوز و ناحیه انسداد شریان ریه بستگی دارند.

- تنگی نفس شایع‌ترین نشانه است. تاکی پنه علامت شایع می‌باشد.

- درد قفسه‌سینه شایع بوده و معمولاً به‌طور ناگهانی شروع شده و ماهیت پلورتیک دارد می‌تواند زیر جناغی باشد و ممکن است همانند آنژین صدری باشد.
- تب، تاکی‌کاردی، ضعف، سرفه، تعریق هموپتزی، سنکوپ، شوک و مرگ ناگهانی ممکن است روی دهند.
- آمبولی متعدد کوچک در آرتریولهای انتهایی ریه موجب علایمی مشابه برونکوپنومونی یا نارسایی قلبی می‌شوند.

بررسی و روش‌های تشخیص

- اسکن تهویه پرفیوژن، آنژیوگرافی ریه، رادیوگرافی قفسه‌سینه
- الکتروکاردیوگرام (ECG)، تاکی‌کاردی، تغییرات فاصله PR و موج T، بررسی عروق محیطی پلتیسموگرافی ایمپدانس و بررسی گازهای خون شریان (ABG) (از نظر هیپوکسی)

پیشگیری

- تحریک یا ورزشهای پا در بیماران استراحت مطلق
- درمان ضدانعقادی پیش از جراحی شکم ـ توراسیک و هر ۸ تا ۱۲ ساعت تا زمان ترخیص از بیمارستان.
- استفاده از وسایل پنوماتیک فشاری پاها به‌طور متناوب

P

درمان طبی

هدف فوری تثبیت سیستم قلبی ـ تنفسی می‌باشد.

- اکسیژن نازال فوراً تجویز شده تا هیپوکسی، دیسترس تنفسی و سیانوز رفع شوند.
- انفوزیون جهت بازنگهداشتن مسیر داخل وریدی برای تجویز دارو یا مایعات آغاز می‌شود
- در برخی شرایط آنژیوگرافی ریه، سی‌تی اسپیرال، اسکن پرفیوژن ریه بررسی همودینامیک و ABG انجام می‌شوند.
- کاتتر داخل مجرای ادرار جهت کنترل برون ده ادرار قرار داده می‌شود اگر آمبولی وسیع بوده و بیمار دچار هیپوتانسیون باشد.

- هیپوتانسیون با انفوزین دوبوتامین یا دوپامین درمان می‌شود
- ECG به‌طور مداوم از نظر دیس ریتمی و نارسایی بطن راست تحت نظر گرفته می‌شود.
- گلیکوزیدهای دیژیتال، دیورتیک‌های داخل وریدی و داروهای ضدآرتیمی در زمان مناسب تجویز می‌شوند.
- نمونه خون جهت بررسی الکترولیت، شمارش کامل خون و هماتوکریت گرفته می‌شود.
- اگر بررسی بالین و ABG ایجاب کند بیمار روی تهویه کنترل حجم قرار می‌گیرد.
- مقادیر کم مورفین داخل وریدی جهت کاهش اضطراب، تسکین درد قفسه‌سینه، کمک به بیمار جهت تحمل لوله داخل تراشه و تسهیل سازگاری با ونتیلاتور مکانیکی تجویز می‌شوند.

درمان ضدانعقادی

- زمان نسبی ترومبوپلاستین (PTT) در حد ۱/۵ تا ۲/۵ برابر طبیعی، زمان پروترومبین (PT) ۱/۵ تا ۲/۵ برابر مقدار طبیعی یا INR در حد ۲ تا ۳ نگهداشته می‌شوند.
- هپارین برای ۵ تا ۷ روز تجویز می‌گردد.
- وارفارین (کومادین) در مدت ۲۴ ساعت بدنبال شروع هپارین درمانی آغاز شده و برای ۳ تا ۶ ماه ادامه می‌یابد.

درمان ترومبولیتیک

- درمان ترومبولیتیک ممکن است شامل اروکیناز آلتپلاز[1]، آنیستریلاز[2]، ریتپلاز[3] واستریتوکیناز (فعال‌کننده پلاسمینوژن بافتی[4]) باشد این درمان برای آمبولی ریوی همراه با گرفتاری نواحی مهم و به‌علت بی ثباتی

1- Urokinase alteplase
2- Anistreplase
3- Reteplase
4- Streptokinase (tissue plasminogen activator)

همودینامیک تجویز می‌شود.
- خون ریزی عارضه جانبی مهم این درمان است. از روشهای تهاجمی غیر ضروری اجتناب شود.

درمان جراحی
- آمبولکتومی به‌وسیله توراکوتومی همراه با روش بای پس قلبی - ریوی
- کاتتر داخل وریدی آمبولکتومی بایا بدون وارد کردن فیلتر ورید اجوف تحتانی (برای مثال گرین فیلد).

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به آمبولی ریه

بررسی
- علامت مثبت هومن را بررسی کنید که نشانه ایجاد ترومبوز در وریدهای پا می‌باشد.
- بیماران در معرض خطر آمبولی را تعیین کنید موارد مشکوک آمبولی ریه شرایطی هستند که بازگشت وریدی را آهسته می‌کنند.
- به‌طور مکرر علایم هیپوکسی را بررسی کنید؛ مقادیر پالس‌اکسی متری را بررسی نمایید.
- نسبت به عوارض احتمالی شوک کاریوژنیک یا نارسایی بطن راست هوشیار باشید.

P

تشخیص
تشخیص‌های پرستاری
- اختلال تبادل گازی در ارتباط با انسداد عروق ریه
- احتمال پرفیوژن ناکافی بافت در ارتباط با تشکیل ترومبوز
- درد در ارتباط با انسداد عروقی و کاهش پرفیوژن بافتی
- اضطراب در ارتباط با نتایج نامشخص و کمبود آگاهی درباره بیماری و درمان
- احتمال عفونت در ارتباط با زخم جراحی
- احتمال صدمه: خون ریزی در ارتباط با کاهش انعقاد خون

برنامه‌ریزی و اهداف
اهداف اصلی شامل اکسیژناسیون کافی، فقدان ترومبوز بیشتر، درمان دارویی

مؤثر، کاهش درد قفسه‌سینه و اضطراب، وضعیت مثبت بعد از عمل جراحی و مراقبت مؤثر در منزل و جامعه می‌باشند.

مداخلات پرستاری

- از درک نیاز برای اکسیژن درمانی مداوم اطمینان حاصل کنید.
- نبولایزر، اسپیرومتر انگیزشی یا دق و تخلیه وضعیتی را فراهم نمایید.
- ورزشهای تنفسی عمیق را تشویق کنید.

پیشگیری از تشکیل ترومبوز

- تحرک هر چه سریع‌تر و ورزش‌های فعال و غیر فعال پا را تشویق کنید.
- به بیمار در مورد حرکت پاها به صورت «پمپ کردن» آموزش دهید.
- به بیمار در مورد پرهیز از نشستن، بی‌حرکتی به مدت طولانی و پوشیدن لباس‌های تنگ توصیه کنید.
- از آویزان کردن پاها و قرار دادن پا در وضعیت وابسته اجتناب کنید
- به بیمار در مورد قرار دادن پا روی زمین یا صندلی و پرهیز از انداختن پاها رو هم آموزش دهید.
- کاتترهای داخل وریدی را برای مدت طولانی باقی گذارید و تعویض کنید.

P

بررسی درمان ضدانعقادی و ترومبولیتیک

- استراحت در تخت را توصیه کنید علایم حیاتی را هر ۲ ساعت کنترل کنید و روش‌های تهاجمی را محدود نمایید
- هر ۳ تا ۴ ساعت بعد از شروع انفوزیون ترمبولیتیک جهت اطمینان از فعالیت سیستم‌های فیبرینولتیک PT و PTT فعال شده را اندازه‌گیری کنید.
- تنها بررسی‌های ضروری ABG را روی اندامهای فوقانی انجام دهید و محل را حداقل برای ۳۰ دقیقه با دست بفشارید.

کاهش درد قفسه‌سینه، پلورتیک

- بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید به‌طور مکرر تغییر وضعیت دهید.

- داروهای مسکن را جهت درد شدید تجویز نمایید.

کاهش اضطراب

- بیمار را به بیان احساسات و نگرانیها تشویق کنید.
- به سؤالات به درستی و به دقت پاسخ دهید.
- درمان را توضیح داده و چگونگی شناسایی سریع عوارض جانبی را شرح دهید.

اکسیژن درمانی

- بیمار را از نظر هیپوکسی (پالس اکسی‌متری)، تنفس عمیق، اسپرومتر انگیزش، نبولایزر درمانی، دق و تخلیه وضعیتی بررسی کنید.

ارائه مراقبت پرستاری بعد از عمل جراحی

- فشار شریان ریوی و برون ده ادراری را اندازه‌گیری کنید.
- محل ورود کاتتر شریانی را از نظر تشکیل هماتوم و عفونت بررسی نمایید.
- فشارخون را جهت اطمینان از پوفیوژن ارگان‌های حیاتی اندازه‌گیری کنید.
- ورزش‌های ایزومتریک، جوراب‌های ضدآمبولی و پیاده روی در صورت داشتن اجازه خروج از تخت را تشویق کنید؛ زمانی که بیمار استراحت می‌کند پایین تخت را بالا ببرید
- نشستن را منع کنید خم شدن ران بر روی وریدهای بزرگ پا فشار وارد می‌کند.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- پیش از ترخیص و در درمانگاه یا ملاقات در منزل به بیمار چگونگی پیشگیری از عود و علایم و نشانه‌هایی که باید فوراً بدنبال درمان طبی بروند را آموزش دهید.
- زمانی که بیمار داروهای انعقاد دریافت می‌کند در مورد بررسی خود از نظر کبودی و خون‌ریزی و اجتناب از استفاده از وسایل تیز را آموزش دهید. به‌بیمار در مورد استفاده از مسواک نرم جهت پیشگیری از خون ریزی لثه آموزش دهید.

P

- به بیمار در مورد عدم مصرف آسپرین، ضدانعقاد یا داروهای ضدهیستامین حین مصرف وارفارین سدیم (کومادین) آموزش دهید.
- به بیمار توصیه کنید پیش از مصرف هر دارویی از جمله داروهای بدون نسخه با پزشک مشورت کند.
- به بیمار استفاده از جورابهای ضدآمبولی را آموزش دهید.
- به بیمار در مورد پرهیز از مسهل‌ها، که مانع جذب ویتامین K می‌شود (ویتامین K جهت انعقاد ضروری است) آموزش دهید.
- به بیمار در مورد پرهیز از نشستن با انداختن پاها روی هم یا به مدت طولانی آموزش دهید.
- توصیه کنید که حین مسافرت بیمار به‌طور منظم تغییر وضعیت دهد هر از گاهی پیاده روی کند و ورزشهای فعال پا و مچ پا را انجام دهد
- به بیمار مصرف فراوان مایعات را توصیه کنید.
- به بیمار در مورد گزارش فوری مدفوع سیاه و قیری رنگ آموزش دهید.
- توصیه کنید که بیمار دستبند مشخصات داشته باشد که نشانه مصرف داروهای ضدانعقاد می‌باشد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

P

Pulmonary Heart Disease (Cor Pulmonale)
بیماری قلبی ریوی (کورپولمونال)

کورپولمونال بیماری است که در آن بطن راست در نتیجه بیماری‌های که بر ساختار یا عملکرد ریه یا عروق خونی آن تأثیر می‌گذارد بزرگ می‌شود. فشار متوسط شریان ریه ۴۵mmH یا بیشتر می‌باشد. شایع‌ترین علت بیماری مزمن انسدادی (COPD) است سایر علل شرایطی هستند که عملکرد تهویه را محدود یا مختل می‌کنند (چاقی شدید، تغییر شکل قفسه‌سینه) یا شرایطی که بستر عروقی ریه را می‌کاهند (آمبولی ریه) و موجب هیپرتانسیون اولیه ریه می‌شوند. اختلالات معین سیستم عصبی، عضلات تنفسی، دیواره قفسه‌سینه و درخت شریان ریه ممکن است مسئوول بیماری کورپولمونال باشند. پیش

آگهی به رفع فرایند هیپرتانسیو بستگی دارد.

تظاهرات بالینی

نشانه‌ها معمولاً مربوط به بیماری زمینه‌ای ریه می‌باشند.

- تظاهرات بالینی شامل COPD تنگی نفس و سرفه هستند.
- نارسایی بطن راست به وجود می‌آید (ادم پاها، اتساع وریدهای گردن، بزرگی قابل لمس کبد، افیوژن پلور، آسیت و سوفل قلبی).
- سردرد، گیجی و خواب آلودگی ناشی از ایجاد نارکوز دی‌اکسید کربن به وجود می‌آیند.

درمان طبی

اهداف درمان بهبود تهویه و درمان بیماری زمینه‌ای ریه و تظاهرات بیماری قلبی می‌باشند.

- اکسیژن جهت کاهش فشار شریان ریه و مقاومت عروق ریه تجویز می‌شود. اکسیژن درمانی مداوم (روز/ ۲۴h) برای هیپوکسی شدید تجویزی شود.
- میزان اکسیژن خون با پالس‌اکسی‌متری و تجزیه گازهای خون شریان (ABG) بررسی می‌شود.
- بهداشت برونش، برونکودیلاتورها و فیزیوتراپی قفسه‌سینه ممکن است آغاز شوند.
- در صورت بروز نارسایی تنفس لوله گذاری داخل تراشه و تهویه مکانیکی ممکن است ضرورت یابد.
- اگر نارسایی قلبی روی دهد هیپوکسمی و هیپرکاپنه باید رفع شوند تا برون ده قلب بهبود یابد.
- ادم محیطی و بار گردش خون در سمت راست قلب با استراحت مطلق، محدودیت سدیم و دیورتیک‌ها کاهش می‌یابند.
- در صورت نیاز (برای مثال نارسایی بطن چپ) دیژیتال ممکن است تجویز شود.
- الکتروکاردیوگرام (ECG) بررسی می‌شود.
- عفونت ریه باید به‌طور کامل درمان شود (می‌تواند هیپوکسمی و کورپولمونال را تشدید کند).

تدابیر پرستاری

به مراقبت پرستاری نارسایی قلب جهت کسب اطلاعات بیشتر مراجعه کنید.

- در صورت نیاز در لوله گذاری داخل تراشه و تهویه مکانیکی کمک کنید بیمار را از نظر جسمی و عاطفی حمایت نمایید.
- وضعیت قلبی و تنفسی را ارزیابی کنید.
- به بیمار در مورد اهمیت مانیتورینگ دقیق و تبعیت از برنامه درمانی به ویژه اکسیژن آموزش دهید.
- عواملی موثر بر تبعیت بیمار از برنامه درمانی را بررسی و مشخص کنید.
- به بیمار و خانواده بیان کنید که درمان طولانی مدت است و بیشتر مراقبت و مانیتورینگ برای این بیماری مزمن در منزل صورت خواهد گرفت.
- به بیمار در مورد اجتناب از فعالیت‌هایی که راه هوایی را تحریک می‌کنند توضیح دهید (در صورت وجود COPD)
- اکسیژن درمانی مداوم تجویز شده و چگونگی استفاده آموزش داده می‌شود.
- بیمار را به ترک سیگار وادار کنید؛ بیمار را جهت ترک سیگار به گروه حمایتی در جامعه ارجاع دهید.
- با بیمار درباره تغذیه با محدودیت سدیم یا داروی دیورتیک به‌عنوان قسمتی از درمان مشاوره کنید.
- اگر وضعیت جسمی بیمار امکان بررسی دقیق را نمی‌دهد یا اگر بیمار نمی‌تواند از خود مراقبت کند بیمار را به مراقبت در منزل ارجاع دهید.

هشدار پرستاری: اگر بیمار نارسایی بطن چپ دیس رینی فرد بطن یا نارسایی بطن راست دارد و به سایر درمانها پاسخ نمی‌دهد دیژیتال تجویز کنید و بسیار محتاط باشید زیرا بیماری قلبی ریوی فرد را مستعد سمیت با دژیتال می‌کند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

هیپرتانسیون ریوی Pulmonary Hypertension

هیپرتانسیون ریوی بیماری است که علایم بالینی آن تا مرحله انتهایی بیماری روی نمی‌دهند. فشار شریان ریوی سیستولیک ۳۰mmHg افزایش

می‌یابد و میانگین فشار شریان ریه بیشتر از ۲۵mmHg می‌شود. دو نوع وجود دارد اولیه (ایدیوپاتیک) و ثانویه. هیپرتانسیون اولیه ریه شایع نیست، تشخیص با رد سایر تشخیصها گذاشته می‌شود علت اصلی ناشناخته است. تظاهرات بالینی بدون علایم بیماری قلبی و ریوی یا آمبولی ریه وجود دارند. اغلب در زنان بین ۲۰ و ۴۰ سال روی داده و معمولاً در مدت ۵ سال از تشخیص کشنده می‌باشد. هیپرتانسیون ثانویه ریه شایع‌تر است و در اثر بیماری قلبی یا ریوی به‌وجود می‌آید پیش آگهی به شدت اختلال زمینه‌ای و تغییرات در بستر عروقی ریه بستگی دارد.

پاتوفیزیولوژی

علت شایع انقباض شریان ریه در اثر هیپوکسی ناشی از بیماری انسدادی ریه (COPD) می‌باشد. زمانی که بستر عروقی ریه تخریب یا مسدود می‌شود توانایی آن برای جابه جایی خون دریافتی مختل می‌شود. افزایش جریان خون فشار شریان ریوی و مقاومت و فشار عروق ریه (هیپرتانسیون) را می‌افزاید.

تظاهرات بالینی

- تنگی نفس که علامت اصلی است در ابتدا با فعالیت و سپس حین استراحت مشاهده می‌شود.
- درد قفسه‌سینه زیر جناغ شایع است (۲۵٪ تا ۵۰٪ بیماران).
- ضعف، خستگی، سنکوپ و هموپتزی ممکن است روی دهند
- علایم نارسایی سمت راست قلب (ادم محیطی، آسیت، اتساع وریدهای گردن، پرخونی کبد، کراکل، سوفل قلبی) مشاهده می‌شوند.
- تغییرات الکتروکاردیوگرام (ECG) (هیپروتروفی بطن راست) همراه با انحراف محور به راست و موجهای P بلند در لیدهای تحتانی و موجهای R بلند در لیدهای قدامی و پایین آمدن سگمان ST یا معکوس شدن موج T در لیدهای قدامی دیده می‌شوند.
- فشار اکسیژن شریانی کاهش می‌یابد (هیپوکسی).

بررسی و روش‌های تشخیص

- رادیوگرافی قفسه‌سینه.

- ECG.
- کاتتریزاسیون قلبی (افزایش فشار شریان ریه).
- اسکن پرفیوژن تهویه یا آنژیوگرافی ریه (نشانگر نقایص در بستر عروقی ریه).
- بررسی‌های عملکرد ریه (ظرفیت حیاتی پذیرش ریه و ظرفیت انتشار طبیعی یا کاهش یافته).
- بیوپسی ریه (توراکوتومی یا توراکوسکوپی).
- اکوکاردیوگرام، بیوپسی باز ریه (در برخی موارد).

درمان طبی

هدف از درمان، درمان بیماری زمینه‌ای قلب یا ریه می‌باشد. در تمام موارد درمان شامل اکسیژن درمانی مداوم با بیماری پیش رونده جهت کاهش انقباض عروق و کاهش هیپرتانسیون ریه می‌باشد.

درمان هیپرتانسیون ناشی از کورپولمونال

- محدودیت مایع
- گلیکوزیدهای قلبی (دیژیتال)
- بلاکرهای کانال کلسیم برای اتساع عروقی
- استراحت
- دیورتیک‌ها جهت کاهش تجمع مایع

درمان هیپرتانسیون ناشی از هیپرتانسیون ریوی اولیه

- وازودیلاتورها (بلاکرهای کانال کلسیم، پروستاسایکلین داخل وریدی).
- ضدانعقادها (وارفارین [کومادین]).
- پیوند قلب ریه زمانی که به سایر درمانها پاسخ نمی‌دهند.

تدابیر پرستاری

- بیماران در معرض خطر ایجاد هیپرتانسیون ریه را تشخیص دهید (برای مثال مبتلایان به COPD، آمبولی ریه، بیماری احتقانی قلب و بیماری دریچه میترال.
- به علایم و نشانه‌ها هوشیار باشید
- به‌طور مناسب اکسیژن درمانی را تجویز کنید

- بیمار و خانواده را درباره درمان با اکسیژن مکمل در منزل آموزش دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

پیلونفریت حاد Pyelonephritis, Acute

پیلونفریت، عفونت مجاری ادراری فوقانی، عفونت باکتریایی لگنچه کلیه توبول‌ها و بافت بینابینی یک یا هر دو کلیه می‌باشد. باکتری‌ها از طریق مجرای ادرار به مثانه رسیده و به طرف کلیه صعود می‌کند. معمولاً ثانویه به برگشت ادرار به حالب‌ها (رفلاکس حالب مثانه) معمولاً در زمان دفع ادرار می‌باشد. انسداد مجرای ادرار (برای مثال چسبندگی، سنگ‌های ادراری، تومورها و هیپرتروفی پروستات) علت دیگر می‌باشد پیلونفریت ممکن است حاد یا مزمن باشد.

تظاهرات بالینی

- لرز و تب، درد پهلو، تندرنس در زاویه دنده‌ای ـ مهره‌ای
- لکوسیتوز، باکتری و گلبول‌های سفید خون در ادرار، نشانه‌های درگیری مجاری ادراری تحتانی (دیزوری، تکرار ادرار) شایع هستند.
- بزرگی کلیه‌ها

P

بررسی و روش‌های تشخیص

- اولتراسوند یا اسکن توموگرافی کامپیوتری
- کشت ادرار و تستهای حساسیت
- تصویر برداری رادیونوکلوئید با گالیوم اگر سایر روش‌ها قطعی نباشند

درمان طبی

- درمان ضدمیکروبی وسیع: ۲ تا ۳ روز درمان داخل وریدی در صورتی که بیمار دهیدراته باشد، تهوع یا استفراغ داشته باشد علایم سپسیس را نشان دهد یا حامله باشد؛ به دنبال آن شروع درمان خوراکی زمانی که بیمار تب‌نداشته باشد و بهبود علایم بالینی را نشان دهد. ۲ هفته آنتی‌بیوتیک

برای بیماران سرپایی.

- درمان ضدمیکروبی مداوم بعد از رژیم اولیه تا زمانی که هیچ‌گونه علایم عفونت وجود نداشته باشد تمام عوامل مسبب درمان شده یا کنترل شده باشند و عملکرد کلیه تثبیت شده باشد.
- هیدراسیون (خوراکی یا وریدی) برای شستشوی مجرای ادراری

تدابیر پرستاری

برنامه مراقبتی همانند عفونت‌های مجاری ادراری فوقانی است.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۵، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

پیلونفریت مزمن Pyelonephritis, Chronic

دوره‌های مکرر پیلونفریت حاد ممکن است موجب پیلونفریت مزمن (نفریت بینابینی مزمن) شوند. عوارض پیلونفریت مزمن شامل بیماری کلیه در مرحله انتهایی ناشی از کاهش پیش رونده نفرونها ثانویه به التهاب مزمن و تشکیل بافت جوشگاه، هیپرتانسیون و تشکیل سنگهای کلیوی (ناشی از عفونت مزمن با ارگانیسم‌های تجزیه‌کننده اوره و در نتیجه تشکیل سنگ) می‌باشند.

تظاهرات بالینی

- بیمار معمولاً علایم عفونت را ندارد مگر این که شرایط حاد به‌وجود آید
- خستگی، سردرد، و کاهش اشتها ممکن است روی دهند
- پلی‌اوری، تشنگی شدید و کاهش وزن ممکن است ایجاد شوند
- عفونت مداوم و عودکننده ممکن است موجب بافت جوشگاه پیش‌رونده و در نتیجه نارسایی کلیه شود اگرچه شواهد نشان می‌دهند که پیلونفریت مزمن کمتر موجب نارسایی مزمن کلیه می‌شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- اروگرافی داخل وریدی
- بررسی نیتروژن اوره خون (BUM)، میزان کراتینین وکلیرانس کراتینین

درمان طبی

هدف از درمان حذف باکتری از ادرار می‌باشد

- داروی ضدمیکروبی براساس پاتوژن مشخص شده از طریق کشت تجویز می‌شود.
- نیتروفورانتوین[1] یا ترکیب‌تری متوپریم[2] و سولفامتوکسازول[3] (TMP-SMZ) برای سرکوب رشد باکتری.

تدابیر پرستاری

برنامه مراقبت مشابه عفونت‌های مجاری ادراری فوقانی می‌باشد

- بیماران در معرض خطر عفونت را تشخیص دهید.
- اگر بیمار بستری می‌شود مصرف مایعات (روز/ ۳L تا ۴) در صورت عدم منع مصرف را تشویق کنید.
- جذب و دفع ادرار را بررسی و ثبت نمایید.
- درجه حرارت بدن را هر ۴ ساعت بررسی کرده و افزایش درجه حرارت را طبق دستور پزشک درمان نمایید.
- روش‌های پیشگیری و تشخیص به موقع علایم را آموزش دهید.
- به بیمار در مورد مصرف کامل آنتی‌بیوتیک‌ها و پیگیری کشت‌ادرار ۲ هفته بعد از تکمیل آنتی‌بیوتیک درمانی را آموزش دهید (در صورت عود عفونت هفته‌های اضافی آنتی‌بیوتیک درمانی ضروری خواهند بود).
- با مقادیر کراتینین سرم و شمارش خونی طول مدت درمان طولانی را بررسی کنید.
- علایم اختلال در عملکرد کلیه در دفع داروهای ضدمیکروبی به ویژه نفروتوکسیک را بررسی کرده و آموزش دهید.

P

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۵، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

1- Nitrofurantoin
2- Trimethoprim
3- Sulfamethoxazole



بیماری رینود Raynaud's Disease

بیماری رینود نوعی انقباض متناوب شریان‌ها می‌باشد. علت ناشناخته است، اما دوره‌ها ممکن است با اختلالات ایمنولوژیک مرتبط باشند (اسکلرودرمی، لوپوس اریتماتوس سیستمیک، آرتریت روماتوئید، بیماری انسداد شریان). حمله‌ها ممکن است توسط عوامل عاطفی یا حساسیت غیرطبیعی به سرما آغاز شوند. بیماری رینود در زنان بین ۱۶ و ۴۰ سال شایع‌تر است و در آب و هوای سرد و ماههای زمستان بیشتر دیده می‌شود. اصطلاح پدیده رینود در مقابل بیماری رینود جهت حمله‌های انقباض عروقی موضعی و متناوب شریان‌های کوچک پا و دست (موجب تغییرات رنگ و حرارت می‌شود) بکار می‌رود. معمولاً یکطرفه است و تنها یک یا دو انگشت را مبتلا می‌سازد. غالباً با بیماری زمینه‌ای سیستمیک مرتبط می‌باشد. پیش آگهی بیماری متنوع است برخی افراد به آهستگی بهبود می‌یابند، در برخی افراد بیماری به تدریج بدتر می‌شود و در سایر افراد تغییری مشاهده نمی‌گردد.

تظاهرات بالینی

- سرما، درد و رنگ پریدگی در اثر انقباض عروقی ناگهانی و به دنبال آن سیانوز، در ادامه اتساع عروقی و هیپرترمی (افزایش جریان خون) و در نتیجه رنگ قرمز؛ سیر پیشرفت بیماری رنگ از سفید به آبی و قرمز می‌باشد.
- بی‌حس، گزگز و درد سوزشی با تغییر رنگ روی می‌دهند.
- درگیری ممکن است دو طرفه یا سیستمیک باشد.

درمان طبی

هدف اصلی در کنترل بیماری رینود پرهیز از محرکی است که موجب انقباض

عروقی می‌شود. مسدودکننده‌های کانال کلسیم ممکن است در تسکین نشانه‌ها مفید باشند. سمپاتکتومی (قطع اعصاب سمپاتیک از طریق برداشتن گانگلیون سمپاتیک یا قطع شاخه‌های آن) ممکن است سودمند باشد.

تدابیر پرستاری

- به بیمار درباره پرهیز از موقعیت‌هایی که ممکن است موجب عصبانیت، تنش و یا ناامنی شوند، آموزش دهید.
- به بیمار اطمینان مجدد دهید که عوارض جدی (گانگرن و آمپوتاسیون) متداول نیستند.
- بر اهمیت پرهیز از نیکوتین (ترک سیگار بدون استفاده از برچسب‌های نیکوتین) تاکید کنید؛ دریافتن گروه حمایتی کمک نمایید.
- بیمار را به کاهش تماس با سرما، اقامت در منزل و پوشیدن لباس محافظ هنگام خروج از منزل در آب و هوای سرد تشویق کنید.
- به بیمار توصیه کنید که ابزارهای تیز را به دقت استفاده کرده تا به انگشتان صدمه نزند.
- درباره هیپوتانسیون وضعیتی هشدار دهید (ناشی از داروها می‌باشد و با الکل، ورزش و هوای گرم تشدید می‌گردد).

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۱، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید

Regional Enteritis (Crohn's Disease)

آنتریت منطقه‌ای (بیماری کرون)

آنتریت منطقه‌ای التهاب تحت حاد و مزمن می‌باشد که به تمام لایه‌های دیواره روده گسترش می‌یابد. به‌طور معمول در نوجوانان یا جوانان روی می‌دهد و غالباً در سالمندان (۵۰ تا ۸۰ سال) مشاهده می‌شود اما ممکن است در هر دوره زندگی به وجود آید. اگرچه شایع‌ترین نواحی که دچارالتهاب می‌شوند دیستال ایلئوم و کولون هستند، اما می‌تواند در هر قسمت از دستگاه گوارش روی دهد. فیستول، فیشر و آب با گسترش التهاب به پرینه ایجاد

می‌شوند. در موارد پیشرفته، غشاء مخاطی روده ظاهر قلوه سنگ مانند پیدا می‌کند. با پیشرفت بیماری، دیواره روده ضخیم و فیبروتیک می‌شود و مجرای روده باریک می‌گردد. دوره بالینی و علایم متنوع هستند. در برخی بیماران دوره‌های عود و فروکش روی می‌دهند؛ در برخی دیگر، بیماری یک دوره برق آسا و پیش‌رونده را دنبال می‌کند.

تظاهرت بالینی

- شروع نشانه‌ها معمولاً آهسته و تدریجی با درد مداوم شکم و اسهال که با دفع تسکین نمی‌یابد، هستند.
- اسهال در ۹۰٪ بیماران وجود دارند.
- دردهای کرامپی بعد از غذا ایجاد می‌شود؛ بیمار تمایل به محدودیت مصرف غذا در نتیجه کاهش وزن، سوء تغذیه و کم‌خونی ثانویه دارد.
- اسهال مزمن ممکن است به وجود آید. در نتیجه فردی که به علت مصرف کم غذا و از دست دادن مداوم مایع لاغر و ضعیت شده است دچار ناراحتی می‌گردد. روده ملتهب ممکن است پاره شده و آبسه در مقعد یا شکم تشکیل شود.
- تب و لکوسیتوز به وجود می‌آیند.
- آبسه، فیستول و فیشر شایع هستند.
- نشانه‌ها از دستگاه گوارش گسترش یافته و موجب مشکلات مفصل (آرتریت)، ضایعات پوستی (نودوزم اریتما)، اختلالت چشمی (التهاب ملتحمه) و زخمهای دهانی می‌شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

- مطالعه باریم دستگاه گوارش در تشخیص نهایی کمک می‌کند که علامت کلاسیک ایلئوم انتهایی نخی شکل (گرفتگی سگمان روده) و ظاهر قلوه سنگی، فیستول و فیشر را نشان می‌دهد.
- پروکتوسیگموئیدوسکوپی؛ اسکن توموگرافی کامپیوتری.
- بررسی روده از نظر خون مخفی و استئاتوره.
- شمارش کامل خون (کاهش Hgb و Hct)، افزایش سرعت سدیمانتاسیون،

میزان آلبومین و پروتئین (معمولاً کاهش در اثر سوء تغذیه)

درمان طبی

جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری کولیت اولسراتیو مراجعه کنید.

تدابیر پرستاری

به مراقبت پرستاری بیمار مبتلا به بیماری التهابی روده در قسمت کولیت اولسراتیو مراجعه نمایید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

نارسایی حاد کلیه — Renal Failure, Acute

نارسایی کلیه زمانی ایجاد می‌شود که کلیه‌ها قادر به دفع مواد زاید حاصل از متابولیک نمی‌باشند و عملکردهای معمول خود را انجام نمی‌دهند. نارسایی حاد کلیه (ARF) از دست دادن ناگهانی و تقریباً کامل عملکرد کلیه است (کاهش سرعت فیلتراسیون گلومرولی (GFR)، سه دسته اصلی ARF شامل پری رنال (هیپوپرفیوژن، در اثر اختلالات کاهنده حجم خون، اتساع شدید عروقی یا اختلال در عملکرد قلب)؛ داخل کلیه (صدمه پارانشیمی به توبول‌های گلومرولی یا کلیوی در اثر سوختگی، تصادفات، عفونت، واکنش انتقال خون یا سمیت کلیوی، که ممکن است موجب نکروز حاد توبولی (ATN) شود)؛ و بعد از کلیه (انسداد مجرای ادراری، در اثر سنگ، تومور، چسبندگی‌ها، هیپرپلازی پروستات یا لخته‌های خون) می‌باشند.

R

مراحل بالینی

- دوره شروع بیماری: علایم اولیه و الیگوری
- دوره الیگوریک (حجم ادرار کمتر از ۴۰۰ml/d): نشانه‌های اورمیک در ابتدا ایجاد شده و هیپرکالمی ممکن است به وجود آید.
- دوره دیورز: افزایش تدریجی برون ده ادرار که نشانه شروع بهبودی

فیلتراسیون گلومرولی می‌باشد. نتایج آزمایشگاهی تثبیت شده و کاهش می‌یابند.

- دوره بهبودی: بهبود عملکرد کلیه (ممکن است ۳ تا ۱۲ ماه طول بکشد).

تظاهرات بالینی

- ناخوشی شدید و لتارژی همراه با تهوع مداوم، استفراغ و اسهال
- پوست و غشاهای مخاطی خشک هستند؛ تنفس بوی ادرار می‌دهد (بوی اورمیک).
- تظاهرات بالینی سیستم عصبی مرکزی: خواب آلودگی، سردرد، تشنج، کشیدگی عضلانی.
- برون ده ادرار کم تا طبیعی است؛ ادرار ممکن است خونی با وزن مخصوص کم باشد.
- افزایش ثابت در BUN ممکن است بسته به شدت کاتابولیسم روی می‌دهد؛ میزان کراتینین سرم با پیشرفت بیماری افزایش می‌یابد.
- هیپرکالمی ممکن است در اثر دیس ریتمی و ایست قلبی حاصل شود.
- اسیدوز پیش‌رونده، افزایش در غلظت فسفات سرم و کاهش میزان کلسیم سرم ممکن است مشاهده شوند.
- کم خونی ناشی از دست دادن خون در اثر ضایعات گوارش اورمیک، کاهش طول عمر گلبولهای قرمز خون و کاهش تولید اریتروپوئتین.

R

بررسی و روشهای تشخیص

- BUN، کراتینین و تجزیه الکترولیت‌ها.
- اندازه‌گیری برون‌ده ادرار.
- اولتراسونوگرافی کلیه، CTاسکن، MRI

ملاحظات سالمندی

- با افزایش سن، تغییرات در عملکرد کلیه موجب افزایش احتمال اختلال در عملکرد و نارسایی کلیه می‌شوند.
- تغییرات در جریان خون کلیه، GFR و کلیرانس کلیه، احتمال تغییرات

مرتبط با دارو در عملکرد کلیه را می‌افزایند؛ تمام داروها را با احتیاط تجویز کنید.

- به دلیل اینکه کلیه سالمند کمتر قادر به پاسخ به تغییرات مایع و الکترولیت است، مشکلات کلیه باید سریعاً تشخیص داده شده و درمان شوند تا صدمه کلیوی ایجاد نگردد.
- زمانی که بیماران سالمند باید تحت آزمونهای وسیع تشخیص قرار گیرند یا زمانی که داروی جدیدی (مثل دیورتیک‌ها) به رژیم درمانی آنها افزوده شده است، جهت پیشگیری از دهیدراتاسیون و در نتیجه ARF احتیاط کنید.
- سرعت مرگ و میر در اثر ARF در سالمندان کمی بیشتر است. علت آن شامل علل پری رنال (مثل دهیدراتاسیون) و علل داخل رنال (همچون داروهای نفرو توکسیک، مانند داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی و مواد حاجب) می‌باشد.
- دیابت قندی احتمال نارسایی کلیه ناشی از مواد حاجب را به دلیل نارسایی زمینه‌ای کلیه و محدودیت مایعات می‌افزاید.

درمان طبی

R

اهداف درمان، حفظ تعادل شیمیایی طبیعی و پیشگیری از عوارض می‌باشند تا اینکه بافتهای کلیه ترمیم شده و عملکرد کلیه باز گردد. علل احتمالی صدمه مشخص و درمان می‌شوند.

- تعادل مایع براساس توزین روزانه، بررسی متوالی فشار ورید مرکزی، غلظتهای سرم و ادرار، از دست دادن مایع، فشار خون و وضعیت بالینی تعیین می‌شود. افزایش مایع با مانیتول، فورزماید یا اتاکرینیک اسید[1] جهت ایجاد دیورز و پیشگیری یا به حداقل رساندن نارسایی کلیه درمان می‌شود.
- جریان خون کلیه با استفاده از مایعات داخل وریدی، آلبومین و ترانسفوزیون فرآورده‌های خونی حفظ می‌شود.
- دیالیز (همودیالیز، هموفیلتراسیون، یا دیالیز صفاتی) جهت پیشگیری از

1- Ethacrynic acid

عوارض اورمی از جمله هیپرکالمی، پریکاردیت و تشنج آغاز می‌شود.
- رزینهای تبادل‌کننده یون (خوراکی یا انمای نگهدارنده).
- گلوکز و انسولین داخل وریدی یا گلوکونات کلسیم به‌عنوان روش فوری و موقت جهت درمان هیپرکالمی
- بی‌کربنات سدیم برای افزایش PH پلاسما.
- اریتروپوئتین وریدی (اپوژن)[1] برای درمان کاهش تولید اریتروپوئتین و پیشگیری از آنمی.
- شوک و عفونت در صورت ایجاد درمان می‌شوند.
- گازهای خون شریان هنگام وجود اسیدوز شدید بررسی می‌شوند.
- اگر مشکلات تنفسی ایجاد شوند، روشهای تهویه‌ای آغاز می‌گردند.
- داروهای متصل شونده به فسفات همانند هیدروکسید آلومینیوم جهت کنترل غلظتهای بالای فسفات سرم.
- در مرحله اولیگوریک پروتئین رژیم غذایی به حدود ۱g/kg محدود می‌شود تا تجزیه پروتئین به حداقل برسد و مانع تجمع مواد سمی حاصل از متابولیسم پروتئین شود.
- نیازهای کالریک با غذاهای پرکربوهیدرات و تغذیه وریدی (PN) رفع می‌شوند
- غذاها و مایعات حاوی پتاسیم و فسفر محدود می‌شوند؛ مصرف پتاسیم به ۴۰ mEg/d تا ۶۰ محدود می‌گردد. مصرف سدیم به ۲g/d محدود می‌شود.
- بیوشیمی خون جهت تعیین مقدار جایگزینی سدیم، پتاسیم و مایع در مرحله اولیگوریک ارزشیابی می‌شود.
- بعد از مرحله دیورز، رژیم غذایی پر پروتئین و پرکالری با افزایش تدریجی فعالیت آغاز می‌شود.

R

فرآیند پرستاری: بیمار با نارسایی کلیوی حاد

بررسی

- تاریخچه پرستاری بگیرید و بررسی جسمی را به ویژه برای بیماران در

1- Epogen

خطر ARF انجام دهید.
- جذب و دفع را از نظر نشانه‌های نارسایی عملکردی کلیه بررسی کنید.
- مقادیر آزمون‌های تشخیصی را بررسی کنید و پاسخ بیمار به درمان را به‌طور منظم از نظر علایم پیشرفت یا اضمحلال بررسی نمایید.
- به اختلال اولیه بیمار توجه کنید؛ عوارض جانبی را کنترل کنید.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- افزایش حجم مایع در ارتباط با کاهش برون ده ادرار.
- عدم تحمل فعالیت در ارتباط با خستگی، مواد سمی و تجمع مایع.
- احتمال اختلال در تمامیت پوست در ارتباط با ادم، مواد سمی یا اختلال در پرفیوژن بافتی.
- احتمال عفونت در ارتباط با خطهای وریدی یا کاتترها یا مواد سمی اورمیک.
- کمبود آگاهی درباره بیماری و درمان آن.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- پریکاردیت.
- آنمی.
- بیماری استخوان.
- هیپرکالمی یا احتمال هیپرکالمی.

R

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی شامل حفظ تعادل مایع، وزن بدن و میزان الکترولیت در حد طبیعی، افزایش آگاهی درباره بیماری و درمان، شرکت در فعالیتها در حد تحمل و فقدان عوارض جانبی می‌باشند.

مداخلات پرستاری

- بر اختلال اولیه تمرکز کرده و عوارض را بررسی کنید.

- در درمان فوری عدم تعادل مایع و الکترولیت کمک کنید.
- پیشرفت و پاسخ به درمان را بررسی نمایید؛ حمایت جسمی و عاطفی به عمل آورید.
- خانواده را درباره بیماری و حمایت از بیمار آگاه کنید.

بررسی میزان مایع و الکترولیت

- غربالگری مایعات داخل وریدی یا مصرف خوراکی و تمام داروها از نظر منابع پنهان پتاسیم.
- عملکرد قلبی و وضعیت عضلانی ـ اسکلتی را از نظر علایم هیپرکالمی بررسی کنید. میزان الکترولیت سرم و ECG از نظر بلند شدن موج T را بررسی نمایید.
- به دریافت خوراکی و وریدی، برون ده ادرار، برون ده گوارشی و مدفوع، ترشح زخم و تعریق، تغییرات در وزن بدن، ادم، اتساع وریدهای ژیگولار، تغییرات در صداهای قلبی و تنفسی و افزایش تنفس مشکل به دقت توجه کنید.
- ریه‌ها را از نظر کراکل مرطوب سمع نمایید.
- ادم عمومی را از طریق بررسی نواحی ساکرال و ساق پا به‌طور منظم ارزیابی نمایید.
- علایم اختلال در وضعیت مایع و الکترولیت را فوراً گزارش دهید. جهت درمان فوری هیپرکالمی آماده شوید بیمار را برای دیالیز جهت تصحیح عدم تعادل مایع و الکترولیت آماده کنید.

کاهش سرعت متابولیسم

- در مرحله حاد فعالیت و سرعت متابولیک را از طریق استراحت مطلق کاهش دهید.
- فوراً تب و عفونت را درمان کرده یا از آنها پیشگیری کنید.

بهبود عملکرد ریوی

به بیمار در تغییر وضعیت، سرفه و تنفس عمیق کمک کنید. بیمار را به حرکت

و چرخش تشویق کرده و کمک نمایید.

جلوگیری از عفونت

- روشهای استریل را هنگام کار با خطهای وریدی و کاتترها بکار برید.
- تا حد ممکن از سوند فولی استفاده نکنید.

فراهم نمودن مراقبت از پوست

- مراقبت دقیق از پوست به عمل آورید.
- برجستگی‌های استخوانی را ماساژ داده و بیمار را به‌طور مکرر تغییر وضعیت دهید، استحمام با آب ولرم جهت ایجاد راحتی و پیشگیری از گسیختگی پوست را تشویق کنید.

حمایت از بیمار هنگام دیالیز

- به بیمار و خانواده کمک کرده، به آنها موارد لازم را توضیح داده و حمایتشان کنید؛ از نیازها و نگرانیهای روانی غافل نشوید.
- علت درمان را به بیمار و خانواده توضیح دهید. توضیحات و پاسخها را در صورت نیاز تکرار و واضح‌تر بیان کنید.
- خانواده را به لمس و صحبت با بیمار در حین دیالیز تشویق نمایید.
- به‌طور مداوم بیمار را از نظر عوارض جانبی برای مثال پریکاردیت، بیماری استخوان، آنمی و علل تشدید کننده آن بررسی کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۴، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Renal Failure, Chronic (End-Stage Renal Disease)
نارسایی مزمن کلیه (بیماری کلیه در مرحله انتهایی)

نارسایی مزمن کلیه یا بیماری کلیه در مرحله انتهایی (ESRD)، اختلال پیشرونده و غیر قابل برگشت در عملکرد کلیه می‌باشد که در آن توانایی بدن جهت حفظ تعادل متابولیک و مایع و الکترولیت مختل شده و اورمی ایجاد می‌شود. ممکن است در اثر دیابت، هیپرتانسیون، گلومرولونفریت مزمن،

پیلونفریت، ضایعات ارثی (همچون بیماری پلی کیستیک)، اختلالات عروقی، انسداد مجرای ادراری، عفونت یا مواد سمی به‌وجود آید. مواد محیطی و شغلی که در ایجاد نارسایی مزمن کلیه نقش دارند شامل سرب، کادمیوم، جیوه و کرومیوم می‌باشند. دیالیز یا پیوند کلیه جهت بقاء ضروری هستند. سرعت پیشرفت ESRD به اختلال زمینه‌ای، دفع ادراری پروتئین و وجود هیپرتانسیون ارتباط دارد.

تظاهرات بالینی

- نشانه‌های قلبی عروقی: هیپرتانسیون، ادم گوده گذار (پاها، دستان، ساکروم)، ادم دور چشم، فرکشن راب پریکارد، اتساع وریدهای گردن، پریکاردیت، افیوژن، تامپوناد پریکارد، هیپرکالمی، هیپرلیپیدمی.
- نشانه‌های پوستی: پوست برنزه رنگ و خشک و پوسته پوسته، خارش، اکیموز، پورپورا، ناخن‌های نازک شکننده، ریزش مو.
- نشانه‌های ریوی: کراکل، خلط سفت و چسبناک ؛ تضعیف رفلکس سرفه؛ درد پلور؛ تنگی نفس؛ تاکی‌پنه؛ تنفس‌کوسمال؛ پنومونیت اورمیک (ریه اورمیک).
- نشانه‌های گوارشی: تنفس با بوی آمونیاک (بوی اورمیک) مزه فلز، زخم و خون‌ریزی دهان، بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ، سکسکه، یبوست یا اسهال، خون‌ریزی از مجاری گوارشی.
- نشانه‌های عصبی: ضعف و خستگی، گیجی، ناتوانی برای تمرکز، عدم جهت یابی، لرزش، تشنج، آسترکسی، بی قراری پاها، سوزش کف پا، تغییرات رفتاری.
- نشانه‌های عضلانی ـ اسکلتی: کرامپ عضله، از دست دادن قدرت عضله، استئودیستروفی کلیه، درد استخوان، شکستگی، افتادگی پا.
- نشانه‌های دستگاه تولید مثل: آمنوره، آتروفی بیضه، نازایی، کاهش میل جنسی.
- نشانه‌های هماتولوژیک: آنمی، ترومبوسیتوپنی.

ملاحظات سالمندی

دیابت ملیتوس و هیپرتانسیون علل نارسایی مزمن کلیه در سالمندان می‌باشند. نشانه‌های سایر اختلالات (نارسایی قلبی، دمانس) می‌توانند

پیلونفریت، ضایعات ارثی (همچون بیماری پلی کیستیک)، اختلالات عروقی، انسداد مجرای ادراری، عفونت یا مواد سمی به‌وجود آید. مواد محیطی و شغلی که در ایجاد نارسایی مزمن کلیه نقش دارند شامل سرب، کادمیوم، جیوه و کرومیوم می‌باشند. دیالیز یا پیوند کلیه جهت بقاء ضروری هستند. سرعت پیشرفت ESRD به اختلال زمینه‌ای، دفع ادراری پروتئین و وجود هیپرتانسیون ارتباط دارد.

تظاهرات بالینی

- نشانه‌های قلبی عروقی: هیپرتانسیون، ادم گوده گذار (پاها، دستان، ساکروم)، ادم دور چشم، فرکشن راب پریکارد، اتساع وریدهای گردن، پریکاردیت، افیوژن، تامپوناد پریکارد، هیپرکالمی، هیپرلیپیدمی.
- نشانه‌های پوستی: پوست برنزه رنگ و خشک و پوسته پوسته، خارش، اکیموز، پورپورا، ناخن‌های نازک شکننده، ریزش مو.
- نشانه‌های ریوی: کراکل، خلط سفت و چسبناک ؛ تضعیف رفلکس سرفه؛ درد پلور؛ تنگی نفس؛ تاکی‌پنه؛ تنفس‌کوسمال؛ پنومونیت اورمیک (ریه اورمیک).
- نشانه‌های گوارشی: تنفس با بوی آمونیاک (بوی اورمیک) مزه فلز، زخم و خون‌ریزی دهان، بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ، سکسکه، یبوست یا اسهال، خون‌ریزی از مجاری گوارشی.
- نشانه‌های عصبی: ضعف و خستگی، گیجی، ناتوانی برای تمرکز، عدم جهت یابی، لرزش، تشنج، آسترکسی، بی قراری پاها، سوزش کف پا، تغییرات رفتاری.
- نشانه‌های عضلانی ـ اسکلتی: کرامپ عضله، از دست دادن قدرت عضله، استئودیستروفی کلیه، درد استخوان، شکستگی، افتادگی پا.
- نشانه‌های دستگاه تولید مثل: آمنوره، آتروفی بیضه، ناژایی، کاهش میل جنسی.
- نشانه‌های هماتولوژیک: آنمی، ترومبوسیتوپنی.

ملاحظات سالمندی

دیابت ملیتوس و هیپرتانسیون علل نارسایی مزمن کلیه در سالمندان می‌باشند. نشانه‌های سایر اختلالات (نارسایی قلبی، دمانس) می‌توانند

پیلونفریت، ضایعات ارثی (همچون بیماری پلی کیستیک)، اختلالات عروقی، انسداد مجرای ادراری، عفونت یا مواد سمی به‌وجود آید. مواد محیطی و شغلی که در ایجاد نارسایی مزمن کلیه نقش دارند شامل سرب، کادمیوم، جیوه و کرومیوم می‌باشند. دیالیز یا پیوند کلیه جهت بقاء ضروری هستند. سرعت پیشرفت ESRD به اختلال زمینه‌ای، دفع ادراری پروتئین و وجود هیپرتانسیون ارتباط دارد.

تظاهرات بالینی

- نشانه‌های قلبی عروقی: هیپرتانسیون، ادم گوده گذار (پاها، دستان، ساکروم)، ادم دور چشم، فرکشن راب پریکارد، اتساع وریدهای گردن، پریکاردیت، افیوژن، تامپوناد پریکارد، هیپرکالمی، هیپرلیپیدمی.
- نشانه‌های پوستی: پوست برنزه رنگ و خشک و پوسته پوسته، خارش، اکیموز، پورپورا، ناخن‌های نازک شکننده، ریزش مو.
- نشانه‌های ریوی: کراکل، خلط سفت و چسبناک ؛ تضعیف رفلکس سرفه؛ درد پلور؛ تنگی نفس؛ تاکی‌پنه؛ تنفس‌کوسمال؛ پنومونیت اورمیک (ریه اورمیک).
- نشانه‌های گوارشی: تنفس با بوی آمونیاک (بوی اورمیک) مزه فلز، زخم و خون‌ریزی دهان، بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ، سکسکه، یبوست یا اسهال، خون‌ریزی از مجاری گوارشی.
- نشانه‌های عصبی: ضعف و خستگی، گیجی، ناتوانی برای تمرکز، عدم جهت یابی، لرزش، تشنج، آسترکسی، بی قراری پاها، سوزش کف پا، تغییرات رفتاری.
- نشانه‌های عضلانی ـ اسکلتی: کرامپ عضله، از دست دادن قدرت عضله، استئودیستروفی کلیه، درد استخوان، شکستگی، افتادگی پا.
- نشانه‌های دستگاه تولید مثل: آمنوره، آتروفی بیضه، ناژایی، کاهش میل جنسی.
- نشانه‌های هماتولوژیک: آنمی، ترومبوسیتوپنی.

ملاحظات سالمندی

دیابت ملیتوس و هیپرتانسیون علل نارسایی مزمن کلیه در سالمندان می‌باشند. نشانه‌های سایر اختلالات (نارسایی قلبی، دمانس) می‌توانند

نشانه‌های بیماری کلیه را مخفی ساخته و تشخیص و درمان را به تأخیر بیاندازند یا مانع شوند. بیمار را اغلب از علایم و نشانه‌های سندرم نفروتیک همچون ادم و پروتئین در ادرار شکایت می‌کند. بیمار سالمند ممکن است علایم غیر اختصاصی اختلال در عملکرد کلیه و عدم تعادل مایع و الکترولیت را نشان بدهد. همودیالیز، دیالیز صفاتی به‌طور مؤثر در سالمندان استفاده می‌شوند. اختلالات همراه موجب می‌شوند که درمان پیوند در سالمندان کمتر صورت گیرد. درمان محافظه کارانه همانند تغذیه درمانی به کنترل مایعات و دارو درمانی (همانند متصل شونده‌ها به فسفات) ممکن است در صورتی استفاده شوند که دیالیز یا پیوند مناسب نباشند.

درمان طبی

اهداف درمان بازگرداندن عملکرد کلیه و حفظ هومئوستاز برای مدت طولانی می‌باشند. سایر عوامل مرتبط ESRD و عوامل قابل برگشت (برای مثال انسداد) تشخیص داده شده و درمان می‌شوند.

- عوارض می‌توانند از طریق تجویز داروهای ضدفشار خون بالا و قلبی عروقی، ضدتشنج‌ها، اریتروپوئتین (اپوژن) مکمل‌های آهن، داروهای متصل شونده به فسفات (آنتی‌اسیدها) و مکمل‌های کلسیم پیشگیری شوند یا به تأخیر بیفتند.
- اقدامات تغذیه‌ای با تنظیم دقیق پروتئین، مایعات برای تعادل مایع از دست رفته و سدیم و با محدودیت پتاسیم مورد نیاز هستند.
- از دریافت کافی کالری و ویتامین اطمینان حاصل می‌شود کالری از طریق کربوهیدرات‌ها و چربی‌ها جهت پیشگیری از کاهش وزن تأمین می‌شوند.
- پروتئین محدود می‌شود؛ پروتئین باید از نوع با ارزش بیولوژیک بالا باشد (فرآورده‌های لبنی، تخم مرغ و گوشت).
- مکمل ویتامین
- میزان مایع ۵۰۰ml تا ۶۰۰ یا بیشتر از مقدار برون ده ادرار ۲۴ ساعته می‌باشد.

درمان دارویی

- هیپرفسفاتمی و هیپوکلسمی با آنتی‌اسیدهای حاوی آلومینیوم یا کربنات

R

کلسیم درمان می‌شود. هر دو باید با غذا داده شوند.

- هیپرتانسیون توسط کنترل حجم مایع داخل عروقی و داروی ضدفشارخون بالا کنترل می‌گردد.
- نارسایی قلب و ادم ریه با محدودیت مایع، رژیم کم سدیم، دیورتیک‌ها، داروهای محرک قلبی (برای مثال دیژیتال یا دوبوتامین) و دیالیز درمان می‌شوند.
- اسیدوز متابولیک با مکمل‌های بی‌کربنات سدیم یا دیالیز درمان می‌شود.
- هیپرکالمی با دیالیز درمان می‌شود داروها از نظر وجود پتاسیم کنترل می‌شوند؛ بیمار روی رژیم غذایی کم پتاسیم قرار می‌گیرد؛ که اگزالات در صورت نیاز تجویز می‌شود.
- بیمار از نظر علایم اختلالات عصبی (برای مثال، کشیدگی جزیی عضلات، سردرد، دلیریوم یا تشنج) بررسی می‌گردد.
- شروع حمله، نوع، مدت و اثر کلی آن بر بیمار ثبت می‌شوند به پزشک فوراً اطلاع داده شده و با پوشاندن نرده‌های کنار تخت با بالشتک از صدمه بیمار جلوگیری می‌شود. دیازپام (والیوم) یا فنی‌تونین (دیلانتین) داخل وریدی جهت کنترل تشنج‌ها تجویز می‌شوند.
- کم‌خونی با اریتروپوئتین نوترکیبی انسانی (اپوژن) درمان می‌شود؛ هماتوکریت به‌طور مکرر بررسی می‌گردد.
- در صورت نیاز هپارین جهت جلوگیری از تشکیل لخته در مسیر دیالیز تجویز می‌شود.
- میزان آهن و ترانسفرین سرم جهت بررسی وضعیت آهن کنترل می‌گردند (آهن جهت پاسخ کافی به اریتروپوئتین ضروری است).
- فشار خون و میزان پتاسیم سرم بررسی می‌شوند.
- در مراحل اولیه بیماری پیش‌رونده کلیه، بیمار به مرکز دیالیز و پیوند ارجاع می‌شود. دیالیز زمانی شروع می‌شود که بیمار نمی‌تواند سبک زندگی قابل قبول را با درمان محافظه کارانه حفظ کند.

فرآیند پرستاری: بیمار با نارسایی مزمن کلیه

بررسی

- وضعیت مایع را بررسی کرده و به بیمار در محدودکردن مصرف مایع در حد

تجویز شده کمک کنید.

- وضعیت تغذیه‌ای را ارزیابی نموده و عوامل مرتبط با عدم تعادل تغذیه‌ای را مشخص کنید.
- درک بیمار درباره بیماری و درمان را ارزیابی‌کرده عملکرد کلیه را توضیح دهید و به بیمار در تعیین راه‌های ایجاد تغییرات در سبک زندگی مرتبط با بیماری و درمان کمک کنید.
- عوامل مرتبط با خستگی را بررسی نمایید.
- پاسخ بیمار و خانواده و عکس‌العمل به بیماری و درمان را ارزیابی کنید. بحث باز درباره نگرانیها در مورد تغییرات حاصل از بیماری و درمان را تشویق کنید.
- مشکلات مشترک (برای مثال، هیپرکالمی، پریکاردیت، افیوژن پریکارد و تامپوناد پریکارد، هیپرتانسیون، آنمی، بیماری استخوان و کلسیفیکاسیون‌های متاستاتیک) را بررسی کرده و تحت نظر بگیرید.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- افزایش حجم مایع در ارتباط با کاهش برون ده ادرار، افزایش مصرف مایع و احتباس آب و سدیم
- عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن در ارتباط با بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ، محدودیت‌های غذایی و اختلال غشاهای مخاطی دهان.
- کمبود آگاهی در مورد بیماری و برنامه درمانی.

R

برنامه ریزی و اهداف

اهداف برای بیمار عبارتند از: تعادل مایع، وضعیت تغذیه‌ای مطلوب و دانش درباره بیماری و برنامه درمان.

مداخلات پرستاری

مراقبت از حجم زیاد مایع

- وضعیت مایع را بررسی کرده و منابع بالقوه عدم تعادل را تعیین کنید.
- پیشرفت و تبعیت بیمار از برنامه درمانی را تحت نظر بگیرید.

بهبود رژیم غذایی متعادل

- جهت اطمینان از دریافت مواد غذایی مناسب با وجود محدودیت‌های برنامه درمانی، برنامه غذایی را اجرا کنید.
- بیمار را به مشاور تغذیه ارجاع دهید.

آموزش به بیمار و خانواده

آموزش مراقبت از خود به بیماران

- توضیحات و اطلاعات کافی درباره ESRD، روشهای درمان و عوارض بالقوه به بیمار و خانواده ارائه دهید.
- به بیمار و خانواده بیاموزید که چه مشکلاتی را گزارش کنند: علایم بدتر شدن نارسایی کلیه، هیپرکلسمی و مشکلات مربوط به دسترسی به جریان خون.
- آموزش در مورد دارو ارائه دهید و به بیمار تحت همودیالیز چگونگی بررسی باز بودن مسیر دسترسی به عروق را نشان داده و احتیاط‌های لازم را رعایت کنید (از بازوی دارای دسترس عروقی خون‌گیری نشود یا فشار خون کنترل نگردد).

تداوم مراقبت

- به بیمار و خانواده تحت دیالیز و کاربرد طولانی مدت ز آن کمک کرده و از آنها حمایت عاطفی به عمل آورید.
- اهمیت معاینات پیگیر و درمان را تأکید کنید.
- بیمار را به پرستار مراقبت در منزل جهت کنترل مداوم و حمیت ارجاع دهید.

R

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- تعادل مایع را نشان می‌دهد.
- مواد غذایی به مقدار کافی دریافت می‌کند.
- فعالیت‌های روزانه زندگی را تحمل می‌کند.
- فقدان عوارض جانبی را تجربه می‌کند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۴، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.



درماتوز سبوره‌ای Seborrheic Dermatoses

سبوره تولید بیش از حد سبوم[1] (ترشح غدد سبابه) می‌باشد. درماتیت سبوره‌ای بیماری التهابی مزمن پوست نواحی است که دارای غدد سبابه به تعداد زیادی می‌باشند یا در نواحی که بین چینهای پوستی (جایی که شمارش باکتریایی زیاد است) قرار دارند. درماتیت سبوره‌ای زمینه ژنتیکی دارد. هورمون‌ها، وضعیت تغذیه، عفونت و تنش عاطفی بر دوره بیماری اثر دارند. دوره‌های عود و فروکشن بیماری وجود دارد.

تظاهرات بالینی

دو نوع وجود دارد: نوع چرب و نوع خشک. بیماری ممکن است در دوران طفولیت با پوسته پوسته شدن سر یا سایر نواحی آغاز شود.

نوع چرب

تکه‌های مرطوب یا چرب زرد رنگ، پوست چرب، با یا بدون پوست‌ریزی و اریتم جزیی (قرمزی)؛ پوسچول‌های کوچک یا پاپولو پوسچول‌ها روی تنه مشابه آکنه.

نوع خشک

پوسته پوسته شدن سر (دندروف)، انواع خفیف بدون علامت یا پوسته پوسته شدن همراه با خارش که موجب خراش پوست و عوارض ثانویه می‌شود (همچون عفونت و کنده شدن پوست).

1- Sebum

درمان طبی

به دلیل این که درمان شناخته شده‌ای برای سبوره وجود ندارد اهداف درمان کنترل اختلال و دادن فرصت به پوست جهت ترمیم خودش می‌باشند. روش‌های درمان عبارتند از:

- تجویز کرم کورتیکواستروئید بر روی بدن و صورت (با احتیاط نزدیک چشم‌ها استفاده شود).
- پوست را در معرض هوا قرار داده و به دقت چین‌های پوستی را جهت جلوگیری از ایجاد عفونت قارچی کاندیدیایی پاک کنید (بیماران مبتلا به کاندیدیاز مداوم را از نظر دیابت بررسی کنید).
- شامپو زدن روزانه سر یا حداقل سه بار در هفته با شامپوهای دارویی دو یا سه نوع مختلف شامپو به نوبت استفاده می‌شوند تا از ایجاد مقاومت در سبوره به یک نوع شامپوی خاص پیشگیری شود.

تدابیر پرستاری

- به بیمار پاک کردن محرک‌های خارجی و پرهیز از گرمای زیاد و تعریق را توصیه کنید مالش و خراش اختلال را طولانی می‌کند.
- به بیمار درباره اجتناب از عوارض ثانویه از طریق قرار دادن پوست در معرض هوا و پاک‌کردن و خشک‌کردن چینهای پوستی آموزش دهید.
- به بیمار هشدار دهید که درماتیت سبوره‌ای مشکل مزمنی است که تمایل به عود مکرر دارد. هدف تحت کنترل درآوردن آن است.
- بیمار را به تبعیت از برنامه درمان تشویق کنید
- به بیمار مبتلا به حساسیت و آگاه از نیازهایش بیاموزید که احساساتشان رادر زمان بأس و ناامیدی ناشی از اثر اختلال بر تصویر ذهنی از جسم خود بیان کنند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۶، درمانه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

شوک کاردیوژنیک Shock, Cardiogenic

شوک کاردیوژنیک زمانی روی می‌دهد که توانایی قلب برای پمپاژ خون مختل شود. نتیجه کاهش قابل توجه در برون ده قلبی با پرفیوژن ناکافی به قلب، مغز

و کلیه‌ها می‌باشد. علل شوک کاردیوژنیک ممکن است کرونری یا غیر کرونری باشد. شوک کاردیوژنیک کرونری شایع‌تر است و اغلب در بیماران مبتلا به عفونت قلبی مشاهده می‌شود. علل غیر کرونری شامل پنوموتوراکس فشاری، مشکلات شدید متابولیکی همانند هیپوکسی، اسیدوز، هیپوکلسیمی، هیپوگلیسمی، تامپوناد قلبی، کاردیومیوپاتی، صدمه عروقی و دیس ریتمی می‌باشند.

تظاهرات بالینی

- دیس ریتمی‌ها شایع هستند و نتیجه کاهش در اکسیژن‌رسانی به میوکارد می‌باشد.
- درد آنژین ممکن است تجربه شود.
- عدم ثبات همودینامیک.
- علایم کلاسیک شامل کاهش فشارخون، نبض سریع ضعیت می‌باشند.
- هیپوکسی مغزی با گیجی و آژیتاسیون مشخص می‌شود.
- کاهش برون ده ادراری و پوست سرد و مرطوب.

درمان طبی

اهداف درمان شامل محدود نمودن صدمه بیشتر قلبی، حفظ میوکارد سالم و بهبود توانایی قلب برای پمپاژ مؤثر می‌باشند. نیاز عضله قلب به اکسیژن مشخص می‌شود. مانیتورینگ همودینامیک انجام می‌شود و ممکن است درمان دارویی (برای مثال دوپامین، نیتروگلیسرین، دبوتامین و داروهای مختلف ضدآریتمی) مورد استفاده قرار گیرد.

- درمان اولیه شوک کاردیوژنیک شامل تجویز اکسیژن مکمل، کنترل درد قفسه‌سینه، تجویز داروهای وازواکتیو، کنترل ضربان قلب با داروها یا پیس میکرو تجویز مایعات می‌باشند.
- حمایت قلبی مکانیکی، همانند بالن داخل آئورت کنترل‌کننده نبض[1]، سیستم‌های کمکی بطنی یا بای پس قلبی ریوی ممکن است ضروری

1- Intra - Aortic Balloon Counterpulsation

باشد.
- شوک کاردیوژنیک کرونری با درمان ترومبولیتیک، آنژیوپلاستی یا جراحی بای پس گرافت شریان کرونر درمان می‌شود.
- شوک کاردیوژنیک غیر کرونری با تعویض دریچه قلب یا تصحیح دیس ریتمی درمان می‌شود.

تدابیر پرستاری

پیشگیری

- بیماران در خطر شوک کاردیوژنیک را هر چه سریع‌تر شناسایی کنید.
- اکسیژناسیون کافی عضله قلب را فراهم کنید و بار کاری قلب را بکاهد. (حفظ انرژی، تسکین درد، تجویز اکسیژن).

مانیتورینگ همودینامیک

- وضعیت قلبی و همودینامیک را تحت نظر بگیرید. حفظ خطوط شریانی و ابزار الکتروکاردیوگرام (ECG).
- نیاز برای دارو، مایعات وریدی و سایر وسایل را پیش‌بینی کنید.
- تغییرات در وضعیت همودینامیک، قلبی و ریوی را ثبت کرده و فوراً گزارش دهید.

S

تجویز مایع

- تجویز دقیق و ایمن مایعات وریدی و داروها را فراهم کنید بررسی عصبی بعد از درمان ترومبولیتیک ضروری است. احتمال انفیلتراسیون با انفوزیون‌های داخل وریدی را بررسی کنید.
- برون‌ده ادرار، نیتروژن اوره خون و میزان کراتینین سرم را جهت تعیین کاهش احتمالی عملکرد کلیه بررسی کنید.

بالن داخل آئورت کنترل کننده نبض

- تنظیمات زمانی مداوم پمپ بالن جهت حداکثر اثر بخشی فراهم کنید
- به‌طور مکرر بررسی وضعیت عصبی ـ عروقی اندام‌های تحتانی را انجام دهید.

ایمنی و راحتی
نقش فعال در حفظ امنیت بیمار و فراهم نمودن راحتی و کاهش اضطراب وی داشته باشید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۱۵، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

شوک هیپوولمیک Shock, Hypovolemic

در شوک هیپوولمیک، که شایع‌ترین نوع شوک است کاهش حجم خون در گردش روی می‌دهد. شوک هیپوولمیک در اثر از دست دادن مایع ناشی از خون‌ریزی، شیفت مایعات داخل (برای مثال، دهیدراتاسیون شدید، ادم شدید یا آسیت) و از دست دادن مایع ناشی از استفراغ یا اسهال طولانی مدت به وجود می‌آید. کاهش حجم خون موجب کاهش بازگشت وریدی، کاهش حجم ضربه‌ای و برون ده قلبی و کاهش پرفیوژن بافتی می‌شود.

تظاهرات بالینی
- افت فشار وریدی، افزایش مقاومت عروقی، تاکی‌کاردی
- پوست سرد و مرطوب؛ تشنگی؛ تعریق
- تغییرات حس، الیگوری، اسیدوز متابولیک
- قابل اعتمادترین معیار: میزان فشار خون شریانی

S

درمان طبی
اهداف درمان شامل حفظ حجم داخل عروق، جایگزین حجم مایع و تصحیح علت زمینه‌ای می‌باشند. اگر بیمار خون‌ریزی می‌کند، خون‌ریزی از طریق وارد کردن فشار یا جراحی متوقف می‌شود. اسهال و استفراغ با دارو درمان می‌شوند.

جایگزینی خون و مایع
- محلول رینگرلاکتات، کلوئیدها و محلول کلریدسدیم. (۹٪ نرمال سالین) جهت حفظ حجم داخل عروقی تجویز می‌شوند.
- فرآورده‌های خونی تنها در صورتی استفاده می‌شوند که سایر روشها در

دسترس نباشند یا از دست دادن خون شدید و سریع باشد روش‌های اتوترانسفوزیون ممکن است برای خون‌ریزی در حفره بسته بکار روند.

توزیع مجدد مایع

بیمار جهت کمک به توزیع مجدد مایع در وضعیت مناسب (ترندلنبرگ) قرار می‌گیرد. شلوار ضد شوک ارتشی[1] (MAST) در موقعیتهای اورژانس استفاده می‌شوند زمانی که نمی‌توان خون ریزی را کنترل کرد.

درمان دارویی

داروهای مشابه شوک کاردیوژنیک استفاده می‌شوند. نوع دارو به علت زمینه‌ای بستگی دارد.

تدابیر پرستاری

- بیماران در معرض خطر کمبود مایعات را به دقت تحت نظر بگیرید (افراد کمتر از ۱ سال یا بالای ۶۵ سال).
- پیش از کاهش حجم داخل عروقی با جایگزینی مایعات کمک کنید.
- از تجویز صحیح مایعات و داروها اطمینان یابید و اثرات آنها را ثبت کنید.
- علایم عوارض جانبی و اثرات درمان را بررسی کرده و گزارش دهید بیمار را به دقت از نظر عوارض جانبی تحت نظر بگیرید.
- افزایش بار قلبی عروق و ادم ریوی را بررسی نمایید: فشار همودینامیک، علایم حیاتی گازهای خون شریان و جذب و دفع مایعات.
- ترس و اضطراب درباره نیاز برای ماسک اکسیژن را از طریق توضیح دادن به بیمار و دادن اطمینان مجدد بکاهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۱۵، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

1- Military antishock trousers

شوک سپتیک Shock, Septic

شوک سپتیک، که شایع‌ترین نوع شوک توزیعی است در اثر عفونت وسیع ایجاد می‌شود. باکتریهای گرم منفی شایع‌ترین پاتوژن‌ها هستند و سایر عوامل عفونی همچون باکتری گرم مثبت و ویروس‌ها و قارچ‌ها می‌توانند موجب شوک سپتیک شوند.

عوامل خطر

شرایطی که بیماران را در معرض خطر شوک سپتیک قرار می‌دهند، عبارتند از: سرکوب سیستم ایمنی، افراد کمتر از یکسال و بیشتر از ۶۵ سال، الکلیسم، سوء تغذیه، تروما یا سوختگی شدید، بیماری مزمن، دیابت، بدخیمی و روش‌های تهاجمی.

پاتوفیزیولوژی

تهاجم میکروارگانیسم موجب پاسخ ایمنی می‌شود. این پاسخ ایمنی میانجیهای بیوشیمیایی مرتبط با پاسخ التهابی را فعال می‌سازد و انواع اثرات منجر به شوک را تولید می‌کند. افزایش نفوذپذیری مویرگی همراه با از دست دادن مایعات از مویرگها و عروق متسع موجب پرفیوژن ناکافی اکسیژن و مواد غذایی به بافت‌ها و سلول‌ها می‌شود.

S

تظاهرات بالینی

مرحله اول: مرحله «هیپردینامیک» یا «پیش‌رونده»

- افزایش تعداد ضربان قلب و تنفس
- هیپوترمی همراه با گرمی، پوست کرم و نبض جهنده.
- افزایش ضربان قلب و تعداد تنفس
- فشار خون ممکن است در محدوده طبیعی باشد
- تغییرات خفیف در وضعیت ذهنی.
- کاهش یا طبیعی بودن برون ده ادرار
- اختلال در وضعیت گوارش (برای مثال کاهش صداهای روده، تهوع، استفراغ یا اسهال)

مرحله آخر: مرحله «هیپودینامیک» یا «غیر قابل برگشت»

- کاهش برون ده قلب یا انقباض عروق
- کاهش فشار خون
- پوست سرد و رنگ پریده
- درجه حرارت طبیعی یا کمتر
- افزایش تعداد ضربان قلب و تنفس
- آنوری و نارسایی در عملکرد چندین ارگان

ملاحظات سالمندی

شوک سپتیک ممکن است با علایم غیر اختصاصی یا غیر عادی بالینی مشخص شود. در سالمندانی که دچار وضعیت گیجی حاد تاکی‌پنه یا هیپوتانسیون بدون توضیح خاص می‌شوند به شوک سپتیک مشکوک شوید.

درمان طبی

- نمونه‌گیری از ادرار، خون، خلط و ترشح زخم جهت تشخیص و رفع علت عفونت انجام دهید.
- آنتی‌بیوتیک درمانی وسیع‌الطیف را فوراً آغاز کنید و مسیرهای احتمالی عفونت را حذف نمایید (خطوط داخل وریدی را در صورت نیاز خارج سازید) آبسه‌ها در ناژ می‌شوند و نواحی نکروزه دبرید می‌گردند.
- جایگزینی مایع آغاز می‌شود و مکمل‌های غذایی (پر پروتئین) تجویز می‌شوند. تغذیه روده‌ای ارجح است.
- درمان با پروتئین C فعال انسانی (APC)، و داروهای ضدترومبوز، ضدالتهاب، و پروفیلاکتیک برای کاهش مرگ و میر

تدابیر پرستاری

- بیماران در معرض خطر سپسیس و شوک سپتیک را تعیین کنید.
- تمام روش‌های تهاجمی را با رعایت تکنیک آسپتیک و شستشوی دقیق دستها انجام دهید.
- علایم عفونت در خطوط داخل وریدی و محل‌های تزریقات شریانی و

S

وریدی، برش‌های جراحی، زخم‌های تروما، کاتترهای اداری و زخم‌های فشاری را بررسی کنید.

- درجه حرارت بیمار را در زمان تب بالای ۱۰۴/۸F (۴۰/۸C) یا در صورتی که بیمار راحت نیست با تجویز سالیسیلات‌ها، کیسه یخ و پتوهای هیپوترمی کاهش دهید بدقت بیمار را از نظر لرز بررسی نمایید.
- مایعات و داروهای داخل وریدی را تجویز کنید.
- مقادیر آنتی‌بیوتیک، نیتروژن اوره خون، کراتینین و شمارش سلول‌های سفید خون خون را بررسی کرده و گزارش دهید.
- وضعیت همودینامیک، جذب و دفع مایعات و وضعیت تغذیه‌ای را بررسی کنید.
- وزن روزانه و میزان آلبومین سرم را جهت تعیین مقدار پروتئین مورد نیاز در روز بررسی کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۱۵، درمانه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

صدمه طناب نخاعی Spinal Cord Injury

صدمات طناب نخاعی یک مشکل مهم سلامتی است. بیشتر صدمات طناب نخاعی در اثر تصادفات وسایل نقلیه به وجود می‌آیند. سایر علل شامل سقوط، حوادث ورزش و صنعتی و زخمهای ناشی از شلیک گلوله می‌باشند. بیش از نیمی از قربانیان ۱۶ تا ۳۰ سال سن دارند مردان ۴ برابر بیش از زنان مبتلا می‌شوند سایر عوامل خطر سوء مصرف مواد الکل و داروی هستند. فراوانی زیاد صدمات همراه و عوارض طبی وجود دارد. مهره‌هایی که بیشتر در صدمات طناب نخاعی گرفتار می‌شوند عبارتند از مهره‌های ۵ و ۶ و ۷ گردنی، ۱۲ توراسیک و اول کمری. این مهره‌ها بیشتر مستعد صدمه هستند زیرا حرکت بیشتر در ستون مهره‌ها در این نواحی صورت می‌گیرد صدمه به طناب نخاعی از آسیب موقت (بیمار به طور کامل بهبود می‌یابد) تا کوفتگی، بریدگی و فشردگی طناب نخاعی (یک یا چند ضایعه) و قطع کامل نخاع (فلج زیر سطح ضایعه) متفاوت است. صدمه می‌تواند به انواع اولیه (معمولاً دائمی) یا

ثانویه (ادم و تخریب فیبرهای عصبی در اثر ایسکمی هیپوکسمی ادم و ضایعات هموراژیک) طبقه‌بندی می‌شود نوع صدمه به وسعت صدمه به طناب نخاعی اطلاق می‌شود.

ضایعات ناقص طناب نخاعی بر اساس ناحیه صدمه طناب نخاعی طبقه‌بندی می‌شوند: مرکزی، طرفی، قدامی یا محیطی. صدمه کامل طناب نخاعی می‌تواند موجب پارایلژی (فلج اندامهای تحتانی) یاکوادری پلژی (فلج چهار اندام) شود.

تظاهرات بالینی

نتایج صدمه طناب نخاعی به سطح ضایعه نخاعی بستگی دارند

سطح عصبی

سطح عصبی به پایین‌ترین سطح که در آن عملکرد حس و حرکتی طبیعی است اطلاق می‌شود. علایم و نشانه‌ها عبارتند از:

- فلج کامل حسی و حرکتی زیر سطح عصبی
- فقدان کنترل مثانه و روده (معمولاً با احتباس ادرار و اتساع مثانه)
- فقدان تعریق و تن وازوموتور زیر سطح عصبی.
- کاهش واضح فشار خون ناشی از فقدان مقاومت عروق محیطی
- در صورتی که بیمار هوشیار باشد درد حاد در کمر یا گردن را گزارش می‌دهد بیمار ممکن است از ترس در مورد شکستگی گردن یا کمر صحبت کند.

S

مشکلات تنفسی

- اختلال در عملکرد تنفسی و شدت به سطح ضایعه بستگی دارد.
- نارسایی حاد تنفسی علت مرگ در صدمات طناب نخاعی گردنی می‌باشد.

بررسی و روش‌های تشخیص

بررسی عصبی دقیق، بررسی رادیوگرافیک (رادیوگرافی لترال گردن، MRT، CT)، ECG (برادی‌کاردی و آسیتول در صدمات نخاعی حاد شایع هستند).

عوارض

شوک اسپاینال که عارضه جدی صدمه طناب نخاعی است تضعیف ناگهانی فعالیت رفلکسی در طناب نخاعی آرفلکسی زیر سطح صدمه می‌باشد. عضلات زیر سطح ضایعه طناب نخاعی کاملاً فلج و شل می‌شوند و رفلکس‌ها وجود ندارند فشارخون و ضربان‌قلب افت کرده و ارگان‌های حیاتی مبتلا می‌شوند. قسمتی از بدن زیر سطح ضایعه نخاع فلج و بدون حس می‌شود.

اقدامات فوریتی

- درمان فوری بیمار در صحنه حادثه بحرانی و مهم است. جا به جا کردن نامناسب می‌تواند موجب صدمه بیشتر و اختلال در عملکرد عصبی شود.
- قربانیان صدمات وسایل نقلیه، ورزشی، سقوط یا هر ترومای مستقیم را به عنوان مصدومان سروگردن و صدمه طناب نخاعی در نظر بگیرید تا خلاف آن ثابت شود.
- مراقبت اولیه شامل بررسی سریع، بی‌حرکت کردن، رهایی، تثبیت یا کنترل صدمات تهدیدکننده زندگی و انتقال به یک مرکز طبی مناسب می‌باشد.
- بیمار را در وضعیت صاف (بدون خمیدگی و نشستن) قرار دهید؛ هیچ یک از قسمت‌های بدن نباید خم شده یا چرخانده شوند.

درمان طبی

S

مرحله حاد

اهداف درمان پیشگیری از صدمه بیشتر طناب نخاعی و بررسی علایم اختلال پیش‌رونده عصبی می‌باشند. در صورت نیاز بیمار احیاء می‌شود و ثبات اکسیژناسیون و قلبی ـ عروقی حفظ می‌شود. کورتیکواستروئیدها با مقدار زیاد (متیل پردنیزولون) ممکن است جهت پیشگیری از ادم طناب نخاعی تجویز شوند. درمان رژنراسیون با استفاده از بافت جنینی تحت مطالعه می‌باشد.

اکسیژن جهت بالا نگهداشتن PO_2 شریانی تجویز می‌شود مراقبت دقیق جهت اجتناب از خم یا راست شدن گردن در صورت ضرورت برای لوله گذاری داخل تراشه صورت گیرد پیس دیافراگم (محرک الکتریکی عصب فرنیک) ممکن است برای بیماران مبتلا به ضایعه شدید گردنی در نظر گرفته شود.

صدمه طناب نخاعی نیازمند بی حرکت کردن، کاهش جابجائیها و تثبیت ستون مهره‌ها می‌باشد شکستگی گردن جا انداخته می‌شود و نخاع گردنی با نوعی تراکشن استخوانی در امتداد مناسب قرار می‌گیرد (با استفاده از انبرها یاکالیبر سنجهای اسکلتی یا روش جلیقه هاله[1]) وزنه‌ها به طور آزاد آویزان می‌شوند به طوری که در تراکش اختلال ایجاد نشود.
جراحی سریع نیاز برای تراکشن را می‌کاهد. لامینکتومی ممکن است جهت جا انداختن شکستگی یا دررفتگی یا کاهش فشار از روی طناب نخاعی انجام شود.

درمان عوارض

شوک اسپانیال و نوروژنیک

- تخلیه فشار روده جهت درمان اتساع روده و ایلئوس پارالیتیک ناشی از تضعیف رفلکس‌ها استفاده می‌شود. این فقدان عصب‌گیری سمپاتیک موجب انواع تظاهرات بالینی از جمله کاهش برون‌ده قلب، استاز وریدی در اندامها و اتساع عروق محیطی می‌شود.
- بیماری که در قسمت فلج بدن عرق نمی‌کند نیازمند بررسی دقیق از نظر تشخیص سریع شروع ناگهانی تب می‌باشد.
- قدرت دفاعی بدن حفظ و حمایت می‌شود تا اینکه شوک اسپاینال فروکش کند و سیستم از صدمه تروماتیک (تا ۴ ماه) بهبود می‌یابد.
- توجه ویژه به سیستم تنفسی داده می‌شود ممکن است فشار داخل قفسه سینه جهت سرفه مؤثر کافی نباشد.
- فیزیوتراپی قفسه سینه و ساکشن جهت کمک به پاک شدن ترشحات ریه اجرا می‌شوند. بیمار از نظر عوارض تنفسی کنترل می‌گردد (نارسایی تنفسی، پنومونی).

ترومبوز ورید عمقی و سایر عوارض

- بیمار از نظر ترومبوز ورید عمقی (DVT) که عارضه بی‌حرکتی است (برای مثال آمبولی ریه) بررسی می‌شود. نشانه‌ها شامل درد بلورتیک قفسه‌سینه،

1- Halo-Vest technique

اضطراب، تنگی نفس و مقادیر غیر طبیعی گازهای خون می‌باشند.

- درمان ضدانعقادی با مقدار کم جهت پیشگیری از DVT و آمبولی ریه آغاز می‌شود. فیلتر دائمی ممکن است در ورید اجوف جهت پیشگیری از جا به جایی لخته (آمبولی) به ریه‌ها و در نتیجه آمبولی ریه گذاشته شود اندازه‌گیری ران و ساق پا روزانه صورت می‌گیرد و جوراب الاستیک بلند تاران یا دستگاه فشار پنوماتیک جهت کمک به پیشگیری از DVT بکار می‌روند.
- بیمار از نظر هیپررفلکسی اتونومیک (با سر درد شدید، تعریق، احتقان بینی، راست شدن موها، برادی‌کاردی و هیپرتانسیون) بررسی می‌شود.
- بیمار بطور دائم از نظر علایم و نشانه‌های زخم فشاری و عفونت (ادرار، تنفس، عفونت موضعی در محلهای ورود سوزن) بررسی می‌گردد.

هشدار پرستاری: بررسی پایه عصبی انجام داده و یافته‌ها را ثبت کنید. به طور مداوم بیمار را از تغییرات در عملکرد حس یا حرکتی و هر گونه علایم صدمه پیش رونده عصبی بررسی نمایید فوراً هرگونه کاهش در عملکرد را گزارش دهید.

فرآیند پرستاری: صدمه حاد طناب نخاعی

بررسی

S

- الگوی تنفسی را مشاهده کنید؛ قدرت سرفه را بررسی نمایید ریه‌ها را سمع کنید.
- توانایی حرکتی را با خواستن از بیمار جهت حرکت انگشتان، فشردن دست معاینه گر و حرکت انگشتان پا یا چرخاندن پا بررسی کنید.
- احساس را با نیشگون گرفتن پوست یا ایجاد درد روی پوست با چوب زبان ارزیابی کنید و کار را از شانه آغاز کرده و در دو طرف به سمت پایین ادامه دهید. از بیمار بپرسید که کجا تحریک را حس می‌کند.
- شوک اسپاینال را بررسی کنید.
- مثانه را از نظر علایم احتباس اداری اتساع بیش از حد لمس کنید.
- علایم اتساع گوارشی و ایلئوس ناشی از روده آتونیک را بررسی نمایید.

- درجه حرارت را کنترل کنید (هیپرترمی ممکن است در اثر اختلال اتونونیک ایجاد شود.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- الگوهای تنفسی غیرمؤثر در ارتباط با ضعف یا فلج عضلات شکم و بین دنده‌ای و ناتوانی برای پاک کردن ترشحات
- پاک شدن غیرمؤثر راه هوایی مرتبط با ضعف عضلات بین دنده‌ای
- اختلال در تحرک جسمی در ارتباط با اختلال حرکت و حسی
- احتمال اختلال در تمامیت پوست مرتبط با بی حرکتی یا فقدان حسی
- احتباس اداری در ارتباط با ناتوانی برای تخلیه خود به خودی ادرار
- یبوست در ارتباط با وجود روده آتونیک در نتیجه اختلال اتونومیک
- درد و ناراحتی مرتبط با درمان و بی حرکتی طولانی مدت
- اختلال درک حسی در ارتباط با بی حرکتی و فقدان حسی

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

- ترومبوز ورید عمقی (DVT)
- هیپوتانسیون ارتوستاتیک
- هیپررفلکسی اتونومیک

S

برنامه‌ریزی اهداف

اهداف اصلی بیمار شامل بهبود الگوی تنفسی، بهبود تحرک، حفظ تمامیت پوست، کاهش احتباس ادرار، بهبود عملکرد روده، راحتی، بهبود آگاهی حسی و درک و فقدان عوارض جانبی می‌باشند.

مداخلات پرستاری

ایجاد تنفس کافی

- نارسایی تنفسی احتمالی را از طریق بررسی بیمار، اندازه‌گیری ظرفیت حیاتی و بررسی اشباع اکسیژنی از طریق پالس اکسی متری و مقادیر

گازهای خون شریان تعیین کنید.
- از احتباس ترشحات و در نتیجه آتلکتازی پیشگیری کنید و به پاک شدت ترشحات برونش و حلق توجه ویژه داشته باشید.
- با احتیاط ساکشن کنید زیرا این روش می‌تواند عصب واگ را تحریک کرده و موجب برادی کاردی و ایست قلبی شود.
- فیزیوتراپی قفسه سینه و سرفه را جهت خروج ترشحات آغاز کنید.
- بر ورزشهای تنفسی جهت افزایش قدرت عضلات دمی به‌ویژه دیافراگم نظارت کنید.
- از فراهم نمودن رطوبت و هیدراتاسیون مناسب جهت خروج ترشحات اطمینان حاصل نمایید.
- علایم عفونت تنفسی را بررسی نمایید سرفه، تب و تنگی نفس.
- سیگار کشیدن را منع کنید.
- وضعیت تنفسی را به طور مکرر بررسی کنید.

بهبود تحرک
- بدن را در امتداد صحیح قرار دهید؛ بیمار را در وضعیت دور سال یا به پشت خوابیده قرار دهید.
- بیمار را هر ۲ ساعت تغییر وضعیت دهید هیپوتانسیون را در بیماران مبتلا به ضایعات بالای سطح میدتوراسک بررسی کنید. به محض تثبیت ستون مهره‌ها به بیمار در خروج از تخت کمک نمایید.
- تا زمانی که پزشک دستور نداده باشد بیماری که روی چهارچوب گردشی نیست تغییر وضعیت ندهید.
- از اسپلینت (انواع مختلف) برای پیشگیری از افتادگی پا ورول تروکانتر جهت پیشگیری از چرخش خارجی مفاصل ران استفاده کنید و هر ۲ ساعت مجدداً بکار برید.
- ورزش‌های غیر فعال دامنه حرکتی را در مدت ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از صدمه جهت جلوگیری از ایجاد عوارضی همچون کونترکچر و اتروفی انجام دهید.
- حرکت کامل در دامنه حرکتی را حداقل ۴ یا ۵ بار در روز برای انگشتان پا، متاتارسال فوزک پا، زانوها و ران‌ها انجام دهید.

S

حفظ تمامیت پوست

- هر ۲ ساعت بیمار را تغییر وضعیت دهید و بویژه پوست زیر گردن‌بند گردنی را مشاهده کنید.
- پوست را از نظر قرمزی یا گسیختگی روی نواحی فشاری بررسی کنید؛ ناحیه پرینه را چک کنید کاتتر را از نظر درناژ کافی بررسی نمایید؛ امتداد و راحتی عمومی بدن را بررسی کنید
- هر چند ساعت پوست را با صابون ملایم تمیز کرده و به خوبی بشویید و خشک کنید. نواحی فشاری را به خوبی با کرم یا لوسیون نرم کنید؛ به آرامی با استفاده از حرکت چرخشی بیمار را ماساژ دهید.
- به بیمار درباره زخمهای فشاری آموزش داده و شرکت در روش‌های پیشگیری کننده را تشویق کنید.

هشدار پرستاری: هرگز ساق پا را ماساژ ندهید زیرا ممکن است موجب جابجایی و حرکت ترومبوزهای تشخیص داده نشده وریدهای عمقی شود.

بهبود دفع ادرار

- جهت جلوگیری از کشش بیش از حد مثانه و عفونت، به طور متناوب کاتتریزاسیون را انجام دهید. در صورت عدم امکان سوند فولی قرار دهید.
- چگونگی انجام کاتتریزاسیون توسط اعضاء خانواده را مشاهده کنید و آنها را به شرکت در مراقبت از بیمار تشویق نمایید
- به بیمار در مورد ثبت مقدار مصرف مایعات، الگوی دفع ادرار، مقدار باقی‌مانده ادرار بعد از کاتتریزاسیون، کیفیت ادرار و هرگونه احساسات غیرطبیعی آموزش دهید

سازگاری با اختلال در درک حسی

- نواحی بالای سطح ضایعه را با لمس، بوی‌خوش، غذای مطلوب، مکالمه و موسیقی تحریک کنید.
- عینک‌های منشوری فراهم کرده تا بیمار قادر به مشاهده در وضعیت به

پشت خوابیده باشد.

- استفاده از وسایل کمک شنوایی را تشویق کنید.
- حمایت عاطفی ارائه دهید به بیمار روش‌هایی جهت جبران یا سازگاری با اختلالات حسی آموزش دهید.

بهبود عملکرد روده

- واکنش به لوله گذاری داخل معده را بررسی کنید.
- رژیم غذایی پرکالری، پر پروتئین و پرفیبر ارائه دهید مقدار غذا ممکن است به تدریج بعد از آغاز صدای روده افزایش یابد.
- نرم‌کننده‌های مدفوع را جهت کاهش اثرات بی‌حرکتی و داروهای ضددرد را تجویز کنید و برنامه آموزش روده را هر چه سریع‌تر آغاز نمایید.

فراهم نمودن راحتی

- به بیمار دارای تراکشن هالو اطمینان دهید که او به چهار چوب فلزی عادت خواهد کرد (برای مثال احساس در قفس بوده و شنیدن صداهای ناخوشایند).
- محلهای پین را روزانه تمیز کرده و از نظر قرمزی، ترشح و درد بررسی کنید؛ شل شدن را ارزیابی نمایید پیچ گوشتی گشتاور همواره در دسترس باشد.
- جمجمه را از نظر علایم عفونت از جمله ترشح اطراف انبرک‌های هالو، بررسی کنید.
- پشت سر را به طور دوره‌ای از نظر علایم فشاری بررسی نمایید. به طور دوره‌ای ماساژ دهید، مراقب باشید که گردن حرکت نکند.
- موی اطراف انبرک‌ها را جهت تسهیل مشاهده و بررسی بتراشید. از جستجو در زیر نواحی پوشیده خودداری کنید
- پوست زیر جلیقه هالو را از نظر تعریق بیش از حد، قرمزی و تاول زدن پوست به ویژه روی نواحی برجسته استخوانی، مشاهده کنید.
- جلیقه را در یک سمت باز کرده تا تنه شسته شود. مراقب باشید تا جلیقه خیس نشود؛ در داخل جلیقه از پودر استفاده نکنید.

S

بررسی و کنترل عوارض جانبی

ترمبوفلبیت

به مراقبت طبی در متن پیش مراجعه کنید.

هیپوتانسیون ارتوستاتیک

با تجویز داروهای وازو پرسو دفعات دوره‌های هیپوتانسیون را بکاهید. از جوراب‌های فشاری استفاده کنید؛ فرصت تغییر وضعیت به آهستگی را بدهید واز میز کج استفاده نمایید. علایم حیاتی را به طور دقیق قبل و حین تغییر وضعیت بررسی کنید.

هیپررفلکسی اتونومیک

- بررسی سریع برای تشخیص و تسکین علت هیپررفلکسی اتونومیک انجام دهید و علت را رفع کنید.
- بیمار را فوراً در وضعیت نشسته قرار دهید تا فشار خون کاهش یابد
- بیمار را جهت تخلیه فوری مثانه کاتتریزاسیون کنید.
- رکتوم را از نظر توده مدفوع بعد از فروکش کردن علایم معاینه کنید. از بی‌حسی موضعی برای ۱۰ تا ۱۵ دقیقه پیش از خارج‌کردن توده مدفوع استفاده نمایید.
- پوست را از نظر نواحی فشاری، قرمزی یا گسیختگی بررسی کنید.
- طبق دستور داروهای مهار کننده گانگلیونی همانند هیدرالازین (آپرسولین) تجویز کنید در صورتی که روش‌های فوق موجب کاهش هیپرتانسیون و تسکین سردرد نشوند.
- نمودار را به طور واضح و قابل مشاهده برچسب بزنید احتمال هیپررفلکسی اتونومیک را مشخص کنید.
- به بیمار در مورد روش‌های پیشگیری و درمان آموزش دهید. بیمار مبتلا به ضایعه بالای T_6 را آگاه کنید که دوره هیپررفلکسی می‌تواند سال‌ها بعد از صدمه روی دهد. احتمال هیپررفلکسی اتونومیک را در پرونده طبی بیمار ثبت کنید.

S

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به جای دادن اطمینان در مورد اینکه وضعیت بیمار تثبیت شده است و عاری از عوارض می‌باشد بر بررسی اختصاصی و برنامه ریزی جهت استقلال و مهارت‌های ضروری برای انجام فعالیت‌های روزانه زندگی تأکید کنید.
- تیم درمان را هماهنگ کنید و به عنوان رابط با مراکز بازتوانی و مؤسسات مراقبت در منزل عمل کنید.
- آموزش ویژه برای زنان سنین باروری از جمله بحث درباره‌ی حاملگی و عوارض همراه ICI؛ به اضافه مشاوره قبل از درک

تداوم مراقبت

- بیمار و خانواده را در پذیرش مسؤولیت جهت مراقبت از بیمار کمک کرده وحمایت کنید و در غلبه بر اثرت روانی صدمه طناب نخاعی و عواقب آن کمک نمایید.
- در صورت نیاز یا تمایل بیمار و خانواده را به مرکز مراقبت پرستاری در منزل ارجاع دهید.
- بیمار را به افراد حرفه‌ای مراقبت بهداشت روان ارجاع دهید.

ارزشیابی

S

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- بهبود در تبادل گازی و پاک شدن ترشحات را نشان می‌دهد.
- در محدوده اختلال در عملکرد فعالیت می‌کند و با وجود محدودیت‌های عملکردی ورزش‌ها را انجام می‌دهد.
- سازگاری با تغییرات حسی و درکی را ابراز می‌کند.
- تمامیت پوست در حد مطلوب می‌باشد.
- عملکرد طبیعی مثانه باز می‌گردد.
- عملکرد طبیعی روده باز می‌گردد.
- فقدان درد و ناراحتی را گزارش می‌دهد.
- عاری از عوارض جانبی می‌باشد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion

سندرم ترشح نامناسب هورمون ضد ادراری

سندرم ترشح نامناسب هورمون ضد ادراری (SIADH) به افزایش ترشح هورمون ضد ادراری (ADH) از غده هیپوفیز اطلاق می‌شود. بیماران مبتلا به این اختلال نمی‌توانند دفع ادرار داشته باشند یا ادرار را رقیق کنند. آنها مایعات را احتباس می‌کنند و دچار کمبود سدیم (هیپوناترمی رقتی) می‌شوند. SIADH اغلب منشاء غیرآندوکرینی دارد. سندرم ممکن است در بیماران مبتلا به کارسینوم برونکوژنیک (سلولهای بدخیم ریه ADH را تولید و ترشح می‌کنند) روی دهد. سایر علل شامل پنومونی شدید، پنوموتوراکس، سایر اختلالات ریه، و تومورهای بدخیم سایر ارگان‌های بدن می‌باشند. اختلالات سیستم عصبی مرکزی (صدمه سر، جراحی یا تومور مغز یا عفونت) احتمالاً با تحریک مستقیم غده هیپوفیز موجب تولید SIADH می‌شوند. برخی داروها (وین کریستین، دیورتیک‌ها، فنوتیازمین‌ها، ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای) در SIADH نقش دارند.

S

درمان طبی

SIADH معمولاً با رفع علت زمینه‌ای در صورت امکان و محدودیت مصرف مایعات کنترل می‌شود. دیورتیک‌ها با محدودیت مایعات جهت درمان هیپوناترمی شدید استفاده می‌شوند.

تدابیر پرستاری

- جذب و دفع روزانه، وزن روزانه، شیمی خون و ادرار و وضعیت عصبی را بررسی کنید.

● روش‌های حمایتی ارائه داده و پروسیجرها و درمان را جهت کمک به بیمار برای غلبه بر این اختلال توضیح دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Systemic Lupus Erythematosus

لوپوس اریتماتوس سیستمیک

لوپوس اریتماتوس سیستمیک (SLE) بیماری التهابی مزمن خود ایمنی کلاژن در اثر اختلال تنظیم سیستم ایمنی می‌باشد که موجب تولید اتو آنتی‌بادی‌ها می‌گردد.

پاتوفیزیولوژی

این اختلال در اثر ترکیبی از عوامل ژنتیک، هورمونی (بر اساس این شواهد که معمولاً در دوران کودکی آغاز می‌شود) و محیطی (نور خورشید، سوختگی‌های حرارتی) به‌وجود می‌آید. داروهای خاص همچون هیدرالازین (آپرسولین)[1]، پروکائین آمید (پرونستیل)[2]، ایزونیازید، کلرپرومازین (تورازین)[3] و برخی ضد تشنج‌ها همچنین غذاهایی همانند کلم بروکسل در ایجاد SLE ناشی از دارو یا مواد شیمیایی نقش دارند. در SLE افزایش تولید اتو آنتی‌بادی‌ها احتمالاً در اثر سرکوب‌کننده‌های غیرطبیعی عملکرد سلول‌های T و در نتیجه رسوب کمپلکس ایمنی و صدمه بافتی به‌وجود می‌آید. التهاب آنتی‌ژن‌ها را تحریک می‌کند که موجب تحریک سایر آنتی‌بادی‌ها شده و این چرخه تکرار می‌شود (فروکش و عود).

S

تظاهرات بالینی

شروع ناگهانی یا حاد است. SLE می‌تواند برای سال‌ها تشخیص داده نشود. دوره بالینی به صورت وخامت بیماری و فروکش می‌باشد. نشانه‌های چندین

1- Hydralazine (Apresoline)
2- Procainamide (Pronestyl)
3- Chlorpromazine (Thorazine)

سیستم شامل نفریت، بیماری قلبی ـ ریوی، بثورات جلدی و سایر علایم التهاب سیستمیک (تب، خستگی و کاهش وزن) می‌باشند.

- سیستم عضلانی ـ اسکلتی: درد مفصل و آرتریت (سینوویت) نشانه‌های شایع می‌باشند. ادم، تندرنس و درد مفصل حین حرکت همراه با سفتی صبحگاهی شایع هستند.
- سیستم پوست: انواع مختلف مشاهده می‌شوند (برای مثال، لوپوس اریتماتوس پوستی تحت حاد [1][SCLE]، لوپوس اریتماتوس دیسکوید [2][DLE]) بثورات پروانه‌ای شکل روی تیغه بینی و گونه‌ها در کمتر از نیمی از بیماران روی می‌دهد و ممکن است زمینه‌ساز ابتلاء سیستمیک باشد. ضایعات در مدت دوره‌های شدید بیماری (عود بیماری) بدتر می‌شوند و ممکن است با نور خورشید یا نور مصنوعی ماوراء بنفش تشدید شوند. زخم‌های دهان ممکن است غشاء مخاطی گونه یا کام سخت را گرفتار سازد.
- سیستم قلبی ـ عروقی: پریکاردیت شایع‌ترین نشانه قلبی است. ضایعات پاپولار اریتماتوس و پورپورا ممکن است در نوک انگشتان، آرنج، انگشتان پا و نواحی اکستنسور ساعد یا نواحی کناری دستان روی دهند و ممکن است به نکروز پیش رفت نمایند.
- سایر نشانه‌های سیستمیک: افیوژن پلور یا پلوریت ممکن است روی دهند؛ لنفادنوپاتی در نیمی از بیماران SLE به‌وجود می‌آید، و ابتلاء کلیه (گلومرولی) ممکن است موجب هیپرتانسیون سیستمیک شود. SLE تظاهرات عصبی روانی متعدد دارد و معمولاً به صورت تغییرات جزیی در رفتار مشخص می‌شود. افسردگی و سایکوز شایع هستند.

بررسی و روش‌های تشخیص

تشخیص براساس تاریخچه معاینه جسمی و بررسی آزمایشگاهی خون گذاشته می‌شود. یک آزمون آزمایشگاهی SLE را تأیید نمی‌کند. بررسی خون،

1- Subacute Cutaneous lupus erythematosus

2- Discoid lupus erythematosus

کم خونی متوسط تا شدید، ترومبوسیتوپنی، لکوسیتوز یا لکوپنی با آنتی‌بادی‌های ضد هسته‌ای مثبت را نشان می‌دهد. سایر بررسی‌های ایمنولوژیک تشخیص را حمایت کرده اما قطعی نمی‌کنند. هماچوری ممکن است در بررسی ادرار یافت شود.

درمان طبی

درمان شامل کنترل بیماری حاد و مزمن می‌باشد. اهداف درمان عبارتند از: پیشگیری از کاهش پیش‌رونده عملکرد ارگان‌ها، کاهش بیماری حاد، به حداقل رساندن ناتوانیهای مرتبط با بیماری و پیشگیری از عوارض درمان.

مانیتورینگ جهت بررسی فعالیت بیمار و اثر بخش درمان صورت می‌گیرد.

درمان دارویی

- داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAIDs) با کورتیکواستروئیدها جهت کاهش نیاز به کورتیکواستروئیدها استفاده می‌شوند.
- کورتیکواستروئیدها برای تظاهرات پوستی به صورت موضعی بکار می‌روند.
- تجویز داخل وریدی روش جایگزین برای استفاده خوراکی کورتیکواستروئیدها با دوز بالا می‌باشد.
- تظاهرات سیستمیک خفیف، عضلانی ـ اسکلتی و پوستی با داروهای ضد مالاریا درمان می‌شوند.
- داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی معمولاً برای انواع وخیم‌تر SLE حفظ می‌شوند.

تدابیر پرستاری

مراقبت پرستاری از بیمار مبتلا به SLE معمولاً مشابه بیماران مبتلا به بیماری روماتوئیدی می‌باشد (به مراقبت پرستاری آرتریت روماتوئید مراجعه کنید). تشخیص‌های اولیه پرستاری خستگی، اختلال تمامیت پست، اختلال در تصویر ذهنی از جسم خود و کمبود آگاهی را تعیین می‌کنند. سایر روش‌های مراقبتی عبارتند از:

- بررسی جسمی دقیق و سیستمیک انجام دهید پوست را از نظر بثورات اریتماتوس و پلاک‌های اریتماتوس پوستی با پوسته روی سرو صورت یا گردن مشاهده کنید.
- به نواحی دارای افزایش یا کاهش رنگدانه بسته به‌مرحله و نوع بیماری توجه کنید و از بیمار درباره تغییرات پوستی، به‌ویژه حساسیت به نور خورشید یا نور مصنوعی ماوراء بنفش بپرسید.
- پوست سر را از نظر آلوپسی مشاهده کرده و دهان و گلو را از نظر زخم معاینه کنید؛ مراقبت مناسب از دهان به عمل آورید.
- بیمار را از نظر فرکشن راب پریکارد و صداهای غیرطبیعی ریه (افیوژن پلور) بررسی کنید.
- گرفتاری عروقی را بررسی نمایید ضایعات پورپورا، اریتماتوس، پاپیولار.
- علایم گرفتاری عضلانی اسکلتی را بررسی کنید: ادم، تندرنس گرمی و درد مفصل حین حرکتی و سفتی صبحگاهی. گرفتاری مفاصل اغلب قرینه می‌باشد.
- ادم، هماچوری که نشانه گرفتاری کلیه است را بررسی کنید.
- بررسی عصبی را در جهت تعیین و تشریح گرفتاری سیستم عصبی مرکزی هدایت کنید.
- از اعضای خانواده درباره تغییرات رفتاری، نوروز یا سایکوز بپرسید.
- به علایم افسردگی توجه کرده و تشنج، کوما یا سایر نشانه‌های سیستم عصبی مرکزی را گزارش دهید.
- آگاهی در مورد فرایند بیماری و خود مراقبتی را بررسی کنید.
- درک بیمار و روش‌های سازگاری با خستگی، تصویر ذهنی از بدن و سایر مشکلات مرتبط با بیماری را بررسی کنید.

S

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۴، درمانه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.



ترومبوسیتوپنی Thrombocytopenia

ترومبوسیتوپنی (کاهش پلاکت) شایع‌ترین علت خون‌ریزی غیرطبیعی است.

پاتوفیزیولوژی

ترومبوسیتوپنی می‌تواند ناشی از کاهش تولید پلاکت در مغز استخوان یا افزایش تخریب یا مصرف پلاکت باشد. علل شامل نارسایی تولید در نتیجه آنمی‌های خاص، سپتی‌سمی و داروهای سایتوتوکسیک، افزایش تخریب در اثر پورپورای ترومبوسیتوپنی ایدیوپاتیک، لوپوس اریتماتوس، لنفومای بدخیم، داروها (دیگوکسین، فنی‌توئین، آسپرین) و عفونت‌های ویروس و افزایش استفاده همانند ناشی از انعقاد منتظر داخل عروقی (DIC) می‌باشند. علت دیگر تخریب پلاکت می‌باشد؛ تقریباً یک سوم پلاکت‌های گردش خون در طحال هستند بنابراین طحال بزرگ شده موجب افزایش تخریب پلاکت‌ها می‌شود.

تظاهرات بالینی

- شمارش پلاکت کمتر از $50/000 mm^3$: خون‌ریزی و پتشی.
- شمارش پلاکت کمتر از $20/000 mm^3$: خون‌ریزی خود به خودی و کشنده سیستم عصبی مرکزی یا خون‌ریزی دستگاه گوارش.

بررسی و روش‌های تشخیص

- آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان اگر کمبود پلاکت ثانویه به کاهش تولید باشد.
- افزایش مگاکاریوسیت‌ها (سلولهایی که پلاکت از آنها منشاء می‌گیرد) و تولید طبیعی پلاکت در مغز استخوان زمانی که تخریب پلاکت علت بیماری باشد.

درمان طبی

درمان ترومبوسیتوپنی ثانویه معمولاً درمان بیماری زمینه‌ای می‌باشد ترانسفوزیون پلاکت جهت افزایش شمارش پلاکت استفاده می‌شود در صورتی که تولید پلاکت دچار مشکل شود؛ اگر افزایش تخریب پلاکت علت بیماری باشد بیمار برای پورپورای ترومبوسیتوپنی ایدیوپاتیک درمان می‌شود. برای برخی بیماران اسپلنکتومی می‌تواند مؤثر باشد اگرچه ممکن است یک روش درمانی برای سایر بیماران نباشد.

تدابیر پرستاری

اقدامات بر پیش‌گیری از صدمه (برای مثال استفاده از مسواک نرم و ریش تراش برقی به حداقل رساندن پروسیجرهای تهاجمی) توقف یا کاهش خون‌ریزی (برای مثال فشار دادن، استفاده از سرما) و تجویز داروها و پلاکت طبق دستور و نیز آموزش به بیمار متمرکز است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به مراقبت پرستاری پورپورای ترومبوسیتوپنی ایدیوپاتیک مراجعه کنید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۳، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

تیروئیدیت حاد Thyroiditis, Acute

T

تیروئیدیت (التهاب تیروئید) می‌تواند حاد، تحت حاد یا مزمن باشد. هر نوع با التهاب، فیبروز یا انفیلتراسیون لنفوسیتی غده تیروئید مشخص می‌شود. تیروئیدیت حاد اختلال نادری است که در اثر عفونت غده تیروئید به‌وجود می‌آید. علل آن شامل باکتری‌ها (استافیلوکوک آرئوس شایع‌ترین نوع است)، قارچها، مایکوباکتری‌ها یا انگلها می‌باشند. موارد تحت حاد ممکن است تیروئیدیت گرانولوماتوز (تیروئیدیت دی کوروین)[1] یا تیروئیدیت بدون درد (تیروئیدیت خاموش یا تیروئیدیت لنفوسیتی تحت حاد) باشند. این نوع اغلب در دورهٔ بعد از زایمان روی می‌دهد و احتمالاً در اثر واکنش خود ایمنی می‌باشند.

1- De Quervains thyroiditis

تظاهرات بالینی

تیروئیدیت حاد

- درد و تورم قسمت قوامی گردن، تب، دیسفاژی و دیس فونی
- فارنژیت یا درد حلق
- گرما، اریتم و تندرنس غده تیروئید

تیروئیدیت تحت حاد

- تیروئید به‌طور قرینه بزرگ می‌شود و گاهی دردناک است.
- پوست روی آن اغلب قرمز و گرم است.
- بلع ممکن است مشکل و ناراحت‌کننده باشد.
- تحریک پذیری، عصبانیت، بی‌خوابی و کاهش وزن (علایم هیپرتیروئیدی) شایع هستند.
- تب و لرز ممکن است روی دهند

درمان

تیروئیدیت حاد

- داروهای ضد میکروبی و جایگزین مایع
- اگر آبسه وجود دارد برش و درناژ جراحی

تیروئیدیت تحت حاد

- کنترل التهاب: داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی جهت تسکین درد گردن
- داروهای بتابلوکر جهت کنترل نشانه‌های هیپرتیروئیدیسم
- کورتیکواستروئیدهای خوراکی برای تسکین درد و کاهش ادم، معمولاً بر روی علت زمینه‌ای اثر ندارد.
- بررسی پی‌گیری

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Thyroiditis, Chronic (Hashimoto's Thyroiditis)

تیروئیدیت، مزمن (تیروئیدیت هاشیموتو)

تیروئیدیت مزمن بیشتر در زنان ۳۰ تا ۵۰ ساله روی می‌دهد و اصطلاحاً بیماری هاشیموتو نامیده می‌شود. تشخیص براساس ظاهر بافت‌شناسی غده ملتهب می‌باشد. انواع مزمن معمولاً با درد، نشانه‌های فشار یا تب همراه نیستند و فعالیت تیروئید معمولاً طبیعی یا کم است. ایمنی وابسته به سلول نقش مهمی در پاتوژنز تیروئیدیت مزمن دارد. استعداد ژنتیکی نیز در اتیولوژی آن مؤثر است در صورت عدم درمان، بیماری به آرامی به سمت هیپوتیروئیدیسم پیشرفت می‌کند.

درمان

اهداف درمان کاهش اندازه غده تیروئید و پیش‌گیری از میکزدم می‌باشند.

- هورمون درمانی تیروئید جهت کاهش فعالیت تیروئید و تولید تیروگلبولین تجویز می‌شود.
- هورمون تیروئید در صورت وجود نشانه‌های هیپوتیروئیدی تجویز می‌شود.
- جراحی در صورت وجود نشانه‌های فشار صورت می‌گیرد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

T

Thyroid Storm (Thyrotoxic Crisis)

طوفان تیروئیدی (بحران تیروتوکسیک)

طوفان تیروئید (بحران تیروتوکسیک) نوعی هیپرتیروئیدیسم شدید، معمولاً با شروع ناگهانی می‌باشد که با تب بالا (هیپرپیرکسی) تاکی‌کاردی شدید و تغییر وضعیت روانی، غالباً به‌صورت دلیریوم، مشخص می‌شود. طوفان تیروئیدی بیماری تهدیدکننده زندگی است که با تنش همچون صدمه، عفونت، جراحی، کشیدن دندان، واکنش انسولین، اسیدوز دیابتیک، حاملگی، سمیت دیژیتال، قطع ناگهانی داروهای ضد تیروئید یا لمس شدید تیروئید تشدید می‌شود این عوامل در بیمار مبتلا به هیپرتیروئید درمان نشده یا تحت کنترل نسبی

طوفان تیروئیدی را بدتر می‌کنند. طوفان تیروئیدی درمان نشده تقریباً همیشه کشنده است ولی با درمان مناسب میزان مرگ و میر می‌تواند کاهش یابد.

تظاهرات بالینی

- تاکی‌کاردی شدید (بیش از دقیقه/ ضربه ۱۳۰)
- تب بالا (هیپرپیرکسی) بالای ۳۸/۵C (۱۰۱/۳F)
- نشانه‌های شدید هیپرتیروئیدیسم
- اختلال در سیستم‌های بدن، همچون گوارش (کاهش وزن، اسهال، درد شکم)، وضعیت عصبی یا روانی (سایکوز، خواب آلودگی، کوما) یا قلبی - عروقی (ادم در قفسه‌سینه، تنگی نفس، تپش قلب).

درمان طبی

اهداف فوری شامل کاهش درجه حرارت و تعداد ضربان قلب و پیش‌گیری از کلاپس عروقی می‌باشند. این کار با تشک هیپوترمی یاپتو، بسته‌های یخ، محیط خنک، هیدروکورتیزون و استامینوفن (تینول) صوت می‌گیرد.

- اکسیژن مرطوب جهت بهبود اکسیژناسیون بافت و رفع نیازهای شدید متابولیک تجویز می‌شود، و وضعیت تنفسی از طریق بررسی گازهای خون شریانی یا پالس‌اکسی‌متری کنترل می‌شود.
- مایعات داخل وریدی حاوی اکستروز جهت جایگزینی ذخایر گلیکوژن تجویز می‌شوند.
- هیدروکورتیزون جهت درمان شوک یا نارسایی آدرنال تجویز می‌گردد.
- پروپیل تیواوراسیل یا متی مازول جهت جلوگیری از تشکیل هورمون تیروئید تجویز می‌شوند.
- ید برای کاهش برون‌ده تیروکسین (T_4) از غده تیروئید تجویز می‌گردد.
- داروهای سمپاتولیتیک برای مشکلات قلبی داده می‌شوند. پروپرانولول همراه با دیژیتال جهت کاهش نشانه‌های قلبی مؤثرند.

هشدار پرستاری: سالیسیلات‌ها در درمان طوفان تیروئیدی استفاده نمی‌شوند زیرا مانع اتصال هورمون تیروئید به پروتئین‌ها شده و هیپرمتابولیسم را تشدید می‌کنند.

تدابیر پرستاری

مراقبت بیمار را بررسی نمایید و حین و بعد از مرحله حاد بیماری مراقبت پرستاری حمایتی و دقیق ارائه دهید. مراقبت ارائه شده به بیمار مبتلا به هیپرتیروئیدیسم، اساسی برای مراقبت پرستاری از بیماران مبتلا به طوفان تیروئیدی است.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Toxic Epidermal Necrolysis and Stevens - Johnson Syndrome

نکرولیز سمی اپیدرم و سندرم استیونز جانسون

نکرولیز سمی اپیدرم و سندرم استیونزجانسون اختلال پوستی بالقوه کشنده و شایع‌ترین نوع اریتم مولتی‌فرم است. هر دو بیماری در اثر داروها یا ثانویه به عفونت ویروسی ایجاد می‌شوند. آنتی‌بیوتیک‌ها، ضد تشنج‌ها، بوتازونها و سولفانامیدها شایع‌ترین داروهای مسبب بیماری هستند. تمام سطح بدن ممکن است مبتلا شود و به‌صورت نواحی گسترده اریتم و تاول می‌باشد سپسیس و التهاب ملتحمه و قرینه از عوارض احتمالی هستند.

تظاهرات بالینی

- علایم اولیه سوزش یا خارش ملتحمه، تندرنس پوست، تب، سردرد، سرفه، گلودرد، ضعف شدید و درد عضله می‌باشند.
- شروع سریع اریتم ادامه می‌یابد و پوست بدن و غشاهای مخاطی را مبتلا می‌سازد. تاول بزرگ و شل در تمام بدن، در سایر نواحی بدن لایه‌های بزرگ از اپیدرم کنده می‌شوند و درم زیرین قابل رویت می‌شود. ناخن‌های انگشت دست و پا، ابروها و پلکها ممکن همراه با اپیدرم اطراف کنده شوند.
- پوست به شدت حساس و فقدان پوست موجب سطح زخمی پرچرک و خون، مشابه با سوختگی درجه دوم می‌شود؛ این بیماری ممکن است

به‌عنوان سندرم پوست کنده شده[1] اطلاق شود

- در موارد شدید گرفتاری مخاط ممکن است احتمال صدمه به لارنکس برونش و مری در اثر تشکیل زخم باشد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- مطالعات هیستولوژیک سلول‌های پوست منجمد
- سایتو دیاگنوزیس سلول از ناحیه که پوست آن به تازگی از بین رفته
- بررسی‌های ایمونوفلورسنت از نظر اتو آنتی‌بادی‌های آنپتیک اپیدرم

درمان طبی

اهداف درمان شامل کنترل متعادل آب و الکترولیت، پیش‌گیری از سپسیس و پیش‌گیری از عوارض چشمی می‌باشند. درمان اساساً به‌صورت مراقبت حمایتی است.

- تمام داروهای غیر ضروری فوراً قطع می‌شوند.
- بیمار در مرکز سوختگی تحت درمان قرار می‌گیرد
- دبریدمان جراحی یا هیدروتراپی در ابتدا برای برداشتن پوست‌های مبتلا استفاده می‌شوند.
- کشت از بینی و حلق، چشم‌ها، گوش‌ها، خون، ادرار، پوست و تاول‌های پاره شده جهت تعیین پاتوژن‌ها صورت می‌گیرد.
- مایعات داخل وریدی برای حفظ تعادل آب و الکترولیت تجویز می‌شوند.
- جایگزینی مایع از طریق لوله بینی – معدی و خوراکی انجام می‌گردد.
- کورتیکواستروئیدهای سیستمیک در ابتدای فرایند بیماری داده می‌شوند (اختلاف نظر).
- پوست با داروهای موضعی محافظت می‌شود.
- داروهای موضعی ضد باکتری و بیحسی جهت پیش‌گیری از سپسیس زخم تجویز می‌شوند.
- پانسمان‌های بیولوژیک موقت (پوست خوک، غشاء آمنیوتیک) یا

T

1- Scalded skin Syndrome

پانسمان‌های پلاستیک با نفوذپذیری نسبی ویگیلون)[1] بکار می‌روند.
- مراقبت دقیق از دهان ـ حلق و چشم زمانی ضروری است که گرفتاری شدید غشاهای مخاطی و چشمان وجود دارد.

فرآیند پرستاری: بیمار با نکروز توکسیک اپیدرم

بررسی
- ظاهر و وسعت گرفتاری پوست را مشاهده کنید. پوست را از نظر مقدار، رنگ و بو بررسی نمایید.
- حفره دهان را از نظر تاول و ضایعات فرسایشی روزانه مشاهده کنید. توانایی بیمار برای نوشیدن مایعات و صحبت به‌طور طبیعی را بررسی کنید.
- روزانه چشم‌ها را از نظر خارش، سوزش و خشکی بررسی نمایید.
- علایم حیاتی را کنترل کرده و توجه خاص نسبت به تب و وضعیت تنفسی و ترشحات داشته باشید.
- حجم ادرار، وزن مخصوص و رنگ ادرار را کنترل کنید.
- محل‌های خطوط وریدی را از نظر علایم عفونت موضعی بررسی نمایید.
- روزانه وزن بیمار را ثبت کنید.
- از بیمار درباره میزان خستگی و درد بپرسید.
- سطح اضطراب و مکانیسم سازگاری را ارزیابی کنید؛ مهارت‌های جدید و مؤثر سازگاری را تعیین کنید.

تشخیص
تشخیص‌های پرستاری
- اختلال تمامیت بافت (دهان، چشم و پوست) مرتبط با کنده شدن اپیدرم.
- کمبود حجم مایع و کاهش الکترولیتها در ارتباط با از دست دادن مایعات از پوست کنده شده.
- احتمال تغییر در درجه حرارت بدن (هیپوترمی) مرتبط با ازدست دادن حرارت ثانویه به از دست دادن پوست.

1- Vigilon

- درد در ارتباط با پوست از بین رفته، ضایعات دهان و عفونت احتمالی
- اضطراب مرتبط با ظاهر فیزیکی و پیش‌آگهی.

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

- سپسیس
- رترکسیون ملتحمه، بافت جوشگاه و ضایعات قرنیه

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی شامل بهبود پوست و بافت دهان، تعادل مایع، پیش‌گیری از کاهش حرارت بدن، تسکین درد، کاهش اضطراب و فقدان عوارض جانبی می‌باشند.

مداخلات پرستاری

حفظ تمامیت پوست و غشاهای مخاطی

- بیمار را روی چهار چوب دایره‌ای چرخان قرار دهید تا از کنده شدن پوست پیش‌گیری شود.
- از داروهای موضعی تجویز شده برای کاهش باکتری‌های زخم استفاده نمایید.
- در صورت تجویز از کمپرس گرم برای نواحی زخم شده استفاده کنید.
- از داروی ضد باکتری موضعی همراه با هیدروتراپی استفاده کنید؛ درمان را تحت نظر بگیرید، و بیمار را جهت ورزش اندام‌ها حین هیدروتراپی تشویق کنید.
- به دقت بهداشت دهان را انجام دهید. از دهانشویه‌های تجویز شود برای پاک کردن بافت‌های مرده دهان، تسکین نواحی زخم شده و کنترل بو استفاده نمایید حفره دهان را به‌طور مکرر مشاهده کرده به تغییرات توجه کرده و گزارش دهید. برای لبها از وازلین استفاده کنید.

T

حفظ تعادل مایع

- علایم هیپوولمی را بررسی کنید: علایم حیاتی، برون‌ده اداری و وضع هوشیاری.
- آزمون‌های آزمایشگاهی را ارزیابی کرده و نتایج غیرطبیعی را گزارش دهید.
- روزانه بیمار را توزین کنید.
- جایگزینی مایعات را انجام دهید.

- تغذیه روده‌ای یا تغذیه وریدی را فراهم کنید.
- جذب و دفع و مقدار کالری روزانه را ثبت نمایید.

پیش‌گیری از هیپوترمی

- راحتی و درجه حرارت بیمار را با پتوهای کتانی، لامپهای حرارتی آویزان از سقف یا شیلدهای حرارتی حفظ کنید.
- هنگام مراقبت از زخم‌های بزرگ جهت به حداقل رساندن لرز و از دست دادن حرارت به سرعت و به دقت کار کنید.
- درجه حرارت بیمار را بدقت و به طور مکرر کنترل کنید

تسکین درد

- وجود درد و ویژگی آن، پاسخهای رفتاری و عوامل مؤثر بر درد را بررسی کنید.
- داروهای مسکن تجویز شده را به بیمار داده و وی را از نظر تسکین درد و عوارض جانبی ارزیابی نمایید.
- داروهای مسکن را پیش از درمان‌های دردناک تجویز کنید.
- حین درمان با بیمار به آرامی صحبت کرده و توضیحات لازم را ارائه دهید تا اضطراب وی که ممکن است موجب تشدید درد شود کاهش یابد.
- اقداماتی جهت بهبود خواب و استراحت فراهم کنید؛ حمایت عاطفی از بیمار به عمل آورید و جهت کنترل درد به وی اطمینان مجدد دهید.
- روش‌های خود مراقبتی برای تسکین درد همچون تن آرامی پیش رونده عضلانی و تصویر سازی ذهنی را آموزش دهید.

کاهش اضطراب

- وضعیت عاطفی (اضطراب، ترس از مرگ و افسردگی) را بررسی کنید؛ به بیمار اطمینان دهید که این واکنش‌ها طبیعی هستند.
- حمایت کنید، صادق باشید و امیدواری دهید که بیماری بهبود خواهد یافت.
- بیمار را به بیان احساسات به کسانی که اعتماد دارد تشویق کنید.
- به نگرانی‌های بیمار گوش دهید؛ مراقبت جامع و ماهرانه ارائه دهید.
- حین دوره بهبودی طولانی با روان پرستار، روانکاو یا روان پزشک از بیمار

حمایت عاطفی به عمل آورید.

بررسی و درمان عوارض احتمالی

- سپسیس: علایم حیاتی را بررسی کنید و به تغییرات جهت تعیین سریع عفونت توجه کنید. روش‌های استریل را به دقت رعایت کنید. اگر قسمت وسیعی از بدن مبتلا است بیمار را در اتاق خصوصی یا ایزوله حفاظتی قرار دهید.
- دتوکسیون ملتحمه، بافت جوشگاه و ضایعات قرنیه: چشمها را از نظر پیش رفت بیماری به کراتوکونژنکتیویت (خارش، سوزش و خشکی)، بررسی کنید لوبریکنت چشمی را تجویز کنید. از پچ‌های چشمی استفاده نمایید. بیمار را به پرهیز از مالش چشمها تشویق کنید. پیش‌رفت نشانه‌ها را ثبت کرده و گزارش دهید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- به بهبودی پیش رونده پوست و بافت دهان دست یافته است
- تعادل مایع حفظ شده است
- تنظیم درجه حرارت بدن دست یافته است
- کاهش درد را گزارش می‌دهد
- کاهش اضطراب را ابراز می‌کند
- عوارض جانبی همچون سپسیس و اختلال بینایی را تجربه نمی‌کند

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۵۶، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

حمله ایسکمیک موقت Transient Ischemic Attack

حمله ایسکمیک موقت(TIA) دوره موقت اختلال در عملکرد عصبی است که با فقدان ناگهانی عملکرد حرکتی، حس یا بینایی مشخص می‌شود. ممکن است چند ثانیه یا دقیقه طول بکشد اما بیش از ۲۴ ساعت نمی‌باشد. بهبود کامل معمولاً بین حملات روی می‌دهد. TIA ممکن است نشانه سکته مغزی قریب‌الوقوع باشد. علت اختلال توقف در جریان خون به ناحیه خاصی از مغز

می‌باشد. علل ممکن است شامل آترواسکلروز عروق مغزی، انسداد مویرگهای مغزی توسط آمبولی‌های کوچک، کاهش فشار پرفیوژن مغز و دیس ریتمی قلبی باشند. عوامل خطر عبارتند از: هیپوتانسیون، دیابت قندی وابسته به انسولین، بیماری قلبی، تاریخچه سیگار کشیدن، تاریخچه خانوادگی سکته مغزی و الکلیسم مزمن.

تظاهرات بالینی

علایم و نشانه‌ها به محل عروق مبتلا بستگی دارند. قطع گردش خون قدامی می‌تواند موجب آمایروزیس فوگاکس[1] (نابینایی موقت) بدون هشدار شود. نابینایی ناگهانی و بدون درد یک چشم، آفازی یا ضعف طرف مقابل ضایعه ممکن است روی دهند. اگر ایسکمی در سیستم قاعده‌ای ستون فقرات روی دهد، سرگیجه، بی‌حسی یا پارستزی دوبینی، دیسفاژی یا آتاکسی ممکن است به وجود آید.

بررسی و روش‌های تشخیص

- فنوآنژیوگرافی کاروتید امکان سمع، مشاهده مستقیم و ثبت فتوگرافیک برویی کاروتید را می‌دهد.
- اکولوپلتیسموگرافی از طریق شریان چشم ضربان در جریان خون را اندازه می‌گیرد.
- آنژیوگرافی کاروتید، عروق خونی داخل مغز و گردن را قابل مشاهده می‌کند.
- آنژیوگرافی ساب ترکشن دیژیتالی جهت تعیین انسداد شریان کاروتید بکار می‌رود.

پیش‌گیری

درمان هیپرتانسیون و هیپرگلیسمی؛ ترک سیگار

درمان طبی

درمان دارویی

درمان ضد انعقادی برای پیش‌گیری از حملات بعدی، اگر بیمار کاندید عمل جراحی نباشد، و داروهای مهارکننده پروستاگلندین (آسپرین) برای کاهش

1- amaurosis fugax

احتمال آنفارکتوس مغزی.

درمان جراحی

روش‌های جراحی متداول اندارترکتومی[1] و آنژیوپلاستی می‌باشند.

تدابیر پرستاری

- وضعیت عصبی بیمار بعد از پروسیجرها را روی فلوچارت مشخص کنید. در صورت وجود اختلال فوراً به جراح اعصاب اطلاع دهید.
- نسبت به عوارض اولیه اندارترکتومی کاروتید هوشیار باشید: سکته مغزی، صدمات عصب جمجمه‌ای، عفونت یا هماتوم زخم و قطع شریان کاروتید.
- فشار خون کافی در دوره بعد از عمل جراحی را حفظ کنید.
- جهت جلوگیری از ایسکمی و ترومبوز مغزی از هیپوتانیسون پیش‌گیری کنید.
- از هیپرتانسیون شدید پیش‌گیری کنید ممکن است خون‌ریزی مغزی را تشدید کند؛ از سدیم نیتروپروساید استفاده نمایید.
- مشکل در بلع، گرفتگی صدا یا سایر علایم اختلال در عملکرد جمجمه‌ای را بررسی کنید؛ ست تراکئوستومی را در دسترس قرار دهید.
- وضعیت قلبی را به علت احتمال زیاد بیماری شریان کرونر به دقت بررسی کنید.
- نسبت به عوارض طولانی مدت هوشیار باشید: سکته مغزی و آنفارکتوس میوکارد.
- به بیمار درباره پیشگیری از TIA در آینده آموزش دهید

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۲، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

Trigeminal Neuralgia (Tic Douloureux)

نورالژی عصب سه قلو (تیک دولورکسی)

نورالژی تری‌ژمینال، بیماری که عصب جمجمه‌ای زوج پنجم را مبتلا می‌سازد، با حملات یک طرفه درد تیر کشنده و مانند فرو کردن چاقو در ناحیه

1- Endarterctomy

عصب رسانی شده توسط دومین شاخه‌های عصب سه قلو مشخص می‌شود. هر دوره درد می‌تواند به‌صورت ناگهانی توصیف شود که از چند ثانیه تا دقیقه طول می‌کشد و موج انقباض برخی عضلات صورت می‌شود (برای مثال بسته شدن ناگهانی چشم یا کشیدگی دهان) از این رو تیک دولورکس نامیده می‌شود (کشش دردناک). حملات اولیه، غالباً در دهه پنجم زندگی روی می‌دهند، معمولاً خفیف و مختصر هستند. دوره‌های بدون درد ممکن است چند دقیقه، ساعت، روز یا بیشتر طول بکشد. با افزایش سن، تعداد دوره‌های دردناک افزایش یافته و رنج‌آور می‌شوند. بیمار در ترس دائمی از حملات زندگی می‌کند.

پاتوفیزیولوژی

اگر چه علت ناشناخته است، فشردگی یا تحریک مزمن عصب سه قلو یا تغییرات دژنراتیو در گانگلیون به‌عنوان علل بیماری بیان می‌شوند. اختلال غالباً در بیماران مبتلا به اسکلروز متعدد (مردان بیش از زنان) روی می‌دهد.

تظاهرات بالینی

- درد پوست که در ساختارهای عمقی حس نمی‌شود و در نواحی محیطی عصب رسانی شده توسط عصب شدیدتر است مخصوصاً روی لب، چانه و سوراخ بینی و در دندان‌ها درد شدت بیشتری دارد.
- حملات توسط تحریک پایانه‌های شاخه‌های عصب سه قلو برای مثال با شستن صورت، تراشیدن، مسواک زدن، خوردن و آشامیدن، آغاز می‌شوند. بیماران ممکن است از این فعالیت‌ها اجتناب کنند (رفتار سرنخی برای تشخیص بیماری فراهم می‌کند).
- کوران هوای سرد و فشار مستقیم روی تنه عصب ممکن است موجب درد شود.
- نقاط حساس نواحی هستند که لمس جزیی و آرام موجب آغاز فوری حمله می‌شود.

بررسی و روش‌های تشخیص

تشخیص برای اساس رفتار مشخص گذاشته می‌شود پرهیز از تحریک نواحی حساس (برای مثال، عدم لمس ناحیه یا شستن صورت، تراشیدن، جویدن یا عدم انجام هر کاری که ممکن است موجب حمله شود).

درمان طبی

درمان دارویی

- داروهای ضد تشنج ـ کاربامازپین (تگرتول) و فنی‌توئین (دیلانتین) انتقال تکانه‌ها در پایانه‌های عصبی خاص را می‌کاهد و درد را در بیشتر بیماران کم می‌کند. کاربامازپین با غذا داده می‌شود و مقدار دارو به تدریج افزوده شده تا درد تسکین یابد. بیمار از نظر عوارض جانبی همانند تهوع، سرگیجه، خواب آلودگی و اختلال در عملکرد کبدی بررسی می‌شود و میزان کاربامازپین برای جتناب از سمیت بررسی می‌شوند. برای درمان درد همچنین از گاباپنتین و باکلوفن استفاده می‌شود.

درمان جراحی

گانگلیولیز عصب سه قلو با تاباندن اشعه از راه پوست (قطع گانگلیون گاسرین) روش جراحی انتخابی است و می‌تواند تسکین دائمی درد در بسیاری از بیماران فراهم کند. فیبرهای بدون میلین کوچک و فیبرهای میلینه که درد را منتقل می‌کنند به‌طور حرارتی تخریب می‌شوند (لمس و حس موقعیت سالم می‌مانند). MRI استریوتاکتیک برای هدایت جراحی گامانایف[1] در برخی مراکز درمانی بکار می‌رود.

در برداشتن فشار میکروسلولار عصب سه قلو، رویکرد داخل جمجمه‌ای (کرانیوتومی) برای کاهش فشار عصب سه قلو استفاده می‌شود. این پروسیجر موجب تسکین درد صورت همراه با حفظ حس طبیعی می‌شود. در بیمار مبتلا به نورالژی عصب سه قلو و اسکلروز متعدد و مقاومت در درمان طبی درد، درمان جراحی انتخابی، ریزوتومی عصب سه قلو است.

T

مداخلات پرستاری

- بیمار را از نظر سرکوب مغز استخوان حین مصرف طولانی مدت دارو (آنمی آپلاستیک) بررسی کنید.
- بیمار را از نظر عوارض جانبی فنی‌توئین، از جمله تهوع، سرگیجه، نیستاگموس،

1- Gamma knife

خواب آلودگی، آتاکسی، هیپرپلازی لثه و بثورات پوستی ارزیابی نمایید.

- به بیمار در تشخیص عوامل تشدیدکننده درد صورت کمک کنید (برای مثال آب یا غذای گرم یا سرد، حرکات ناموزون). به بیمار چگونگی کاهش این ناراحتی‌ها از طریق استفاده از پدهای کتانی و آب ولرم برای شستن صورت را آموزش دهید.
- به بیمار بیاموزید در صورتی که مسواک زدن موجب درد می‌شود، دهان خود را بعد از غذا شستشو دهد
- بهداشت فردی را در دوره‌های بدون درد انجام دهید.
- به بیمار توصیه کنید که مایعات و غذاهای و لرم (درجه حرارت اتاق) مصرف کند، باسمت سالم بجود و غذاهای نرم بخورد.
- مشخص کنید که اضطراب، افسردگی و بی خوابی اغلب با شرایط دردناک مزمن همراه هستند، و اقدامات مناسب را بکار برده و بیمار را به مراکز مناسب ارجاع دهید.
- مراقبت بعد از عمل را از طریق انجام بررسی‌های نرولوژیک جهت ارزیابی اختلالات حسی و حرکتی صورت فراهم کنید. اگر جراحی موجب اختلال حسی در سمت مبتلای صورت شود، به بیمار بیاموزید که چشم سمت مبتلا را نمالد، زیرا در صورت صدمه بیمار درد را حس نخواهد کرد. چشم را از نظر تحریک یا قرمزی ارزیابی کنید. قطره اشک مصنوعی جهت پیش‌گیری از خشکی چشم مبتلا تجویز کنید. به بیمار هشدار دهید که تا زمان کاهش بی حسی با سمت مبتلا چیزی نجود. بیمار را به دقت از نظر مشکل در خوردن و بلع غذاها با قوام مختلف بررسی نمایید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۴، درمانه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

توبرکلوزیس، ریوی Tuberculosis, Pulmonary

سل (TB)، بیماری عفونی است که اساساً پارانشیم ریه را مبتلا می‌سازد، غالباً در اثر مایکوباکتروم توبرکلوزیس به وجود می‌آید. ممکن است تقریباً به هر قسمت بدن، همچون مننژ، کلیه، استخوان و غدد لنفای منتشر شود. عفونت اولیه معمولاً بعد از ۲ تا ۱۰ هفته از تماس روی می‌دهد. سپس بیمار ممکن

است به علت اختلال در پاسخ سیستم ایمنی دچار بیماری فعال شود. فرایند فعال ممکن است طول بکشد و با دوره‌های فروکش طولانی مدت مشخص می‌شود که تنها با دوره‌های عود بیماری فعال همراه است. TB یک مشکل بهداشت همگانی جهانی است و علت مرگ بیماران HIV مثبت می‌باشد. میزان مرگ و میر و ناتوانی در حال افزایش است.

TB زمانی منتقل می‌شود که بیمار مبتلا به بیماری فعال ریه ارگانیسم‌ها را خارج کند. فرد مستعد ذرات را تنفس کرده و دچار عفونت می‌شود. باکتری‌ها به آلوئول‌ها منتقل شده و تکثیر می‌شوند. واکنش التهابی موجب تولید اگزودا در آلوئول و برونکوپنومونی گرانولوما و بافت فیبروز می‌شود. شروع معمولاً به تدریج و آهسته است.

عوامل خطر

- تماس نزدیک با فرد مبتلا به TB فعال
- معتادان تزریقی و الکلیسم
- ساکنان در مؤسسات خانه‌های پرجمعیت و زیر سطح استاندارد (برای مثال بیماران مراقبت طولانی مدت، بیماران روانی، زندان‌ها)
- اختلال ایمنی (برای مثال، سالمندان، سرطان، درمان با کورتیکواستروئیدها و HIV).
- بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های طبی از جمله دیابت، نارسایی مزمن کلیه، سیلیکوز و سوء تغذیه.
- مهاجرت از کشورهای با شیوع بالای TB (برای مثال، آسیای جنوب شرقی، هایتی).
- بیماران با مراقبت بهداشتی ناکافی برای مثال فقرا، بی‌خانمان‌ها، اقلیت‌ها، کودکان و بزرگسالان جوان).
- شغل (برای مثال، کارکنان مراقبت بهداشت، به‌ویژه افرادی که فعالیت‌های پر خطر انجام می‌دهند).

تظاهرات بالینی

- تب با شدت کم، خستگی، بی‌اشتهایی، کاهش وزن، تعریق شبانه، درد قفسه‌سینه و سرفه.

- سرفه بدون خلط که ممکن است به خلط موکوسی ـ چرکی با هموپتزی پیش‌رفت کند.

بررسی و روش‌های تشخیص

- تست پوستی TB
- کشت خلط
- رادیوگرافی قفسه‌سینه

ملاحظات سالمندی

سالمندان ممکن است نشانه‌های آتیپیک همچون رفتار غیرطبیعی یا اختلال وضعیت روانی، تب، بی‌اشتهایی و کاهش وزن داشته باشند. TB در ساکنان خانه پرستاری به‌طور فزاینده روی می‌دهد.

درمان طبی

پیش‌گیری نوع ایده آل کنترل است. افراد در معرض خطر TB مشخص می‌شوند؛ در صورت نیاز، ایزونیازید (INH) به‌صورت پروفیلاکسی در یک وعده روزانه برای ۶ تا ۱۲ ماه تجویز می‌شود. اهداف درمان برای بیماران مبتلا به سل شامل، کاهش نشانه‌های سیستمیک و ریوی، باز گرداندن هر چه سریع‌تر بیمار به سلامتی قبلی، شغل و زندگی خانوادگی و پیش‌گیری از انتقال عفونت می‌باشند.

درمان دارویی

- داروهای مرحله اول: INH، ریفامپین، استرپتومایسین، اتامبوتول و پیرازین‌آمید روزانه برای ۸ هفته و ادامه‌ی آن تا ۶ الی ۷ ماه.
- داروهای مرحله دوم: کاپرئمایسین، کانامایسین، اتیونامید، پارا - آمینو سالیسیلات سدیم، آمیکاسین، سیکلیزین.
- ویتامین B_6 (پیریدوکسین) معمولاً با INH تجویز می‌شود.

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به TB

بررسی

- تاریخچه کامل گرفته و معاینه جسمی را انجام دهید.
- بررسی تنفسی را انجام دهید: تب، بی‌اشتهایی، کاهش وزن، تعریق شبانه، خستگی، سرفه و تولید خلط
- تغییرات درجه حرارت، تعداد تنفس، مقدار و رنگ ترشحات، دفعات و شدت سرفه و درد قفسه‌سینه را ارزیابی کنید.
- صداهای تنفسی را از نظر کانسولیدیشن (کاهش صداهای برونکیال یا برونکووزیکولار، کراکل) فرمیتوس، اگوفونی و دق (دال) ارزیابی نمایید.
- غده‌لنفاوی بزرگ و دردناک را بررسی کنید.
- برنامه زندگی بیمار را بررسی نمایید.
- تمایل عاطفی بیمار برای یادگیری و درک و فهمیدن TB و درمان آن را ارزیابی کنید.
- نتایج ارزیابی‌های جسمی و آزمایشگاهی را مرور کنید.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- پاک شدن غیرمؤثر راه‌های هوایی در ارتباط با ترشحات فراوان تراشه برونش.
- عدم تحمل فعالیت
- عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیازهای بدن
- عدم تبعیت از برنامه‌های درمانی.
- کمبود آگاهی از روش‌های پیش‌گیری و برنامه درمانی.

مشکلات همراه / عوارض احتمالی

- سوء تغذیه
- عوارض جانبی دارو درمانی: هپاتیت، تغییرات عصبی (کری یا نوریت)، بثورات جلدی، مشکلات گوارشی.
- مقاومت چند دارویی
- انتشار عفونت TB (TBارزنی)

T

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف بیمار شامل باز کردن راه هوایی، آگاهی درباره بیماری و برنامه درمان، تبعیت از برنامه درمانی، افزایش تحمل فعالیت و فقدان عوارض می‌باشند.

مداخلات پرستاری

پاک کردن راه هوایی

- درباره بهترین وضعیت برای تسهیل درناژ آموزش دهید.
- مصرف زیاد مایعات را تشویق کنید.

ارتقای تبعیت از برنامه درمانی و پیش‌گیری

- توضیح دهید که TB یک بیماری مسری است و مصرف داروها مؤثرترین راه برای پیش‌گیری از انتقال بیماری است.
- آموزش درباره اقدامات بهداشتی همچون مراقبت از دهان، پوشاندن دهان و بینی حین سرفه و عطسه، استفاده از دستمال‌های یک‌بار مصرف و شستن دست‌ها
- درباره داروها، برنامه دارویی و عوارض جانبی آموزش دهید.

بررسی و درمان عوارض بالقوه

- با سیستم مراقبت بهداشتی برای اطمینان از مصرف کافی مواد غذایی و در دسترس بودن غذاهای مغذی و مکمل‌های غذایی پرکالری برنامه‌ریزی کنید.
- عوارض جانبی دارو درمانی را بررسی نمایید.
- بیمار را به انجام بررسی‌های پیگیری عملکرد کبد و کلیه تشویق کنید.
- نتایج کشت خلط را برای بررسی اثر بخش درمان کنترل کنید.
- به بیمار در مورد مصرف داروها با معده خالی یا یک ساعت قبل از غذا آموزش دهید، زیرا غذا مانع جذب دارو می‌شود.
- به بیمار در مورد عدم مصرف INH با داروهای حاوی تیرامین و هیستامین (تن ماهی، پنیر کهنه، عصاره مخمر) بیاموزید.
- بیمار را آگاه کنید که ریفامپین ممکن است موجب تغییر رنگ اشک و لنز تماسی شود. عینک ممکن است جایگزین لنز تماسی شود.
- به بیمار درباره خطر مقاومت دارویی در صورت عدم تبعیت بی وقفه از

درمان آموزش دهید؛ عدم تبعیت از برنامه درمانی موجب مقاومت دارویی می‌شود.
- درباره انتشار عفونت TB از ریه‌ها به سایر قسمتهای بدن (نتیجه فعال سازی تأخیری دوبارهٔ عفونت خاموش) هشدار دهید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- توانایی بیمار را برای تداوم درمان در منزل بررسی کنید.
- به بیمار و خانواده درباره روش‌های کنترل عفونت آموزش دهید: پوشاندن دهان حین سرفه؛ استفاده از دستمال یکبار مصرف، قرار دادن کیسه‌ای برای دستمال‌های مصرف شده و دور انداختن آن.
- در مورد اقدامات احتیاطی برای مایعات بدن از جمله خلط، آموزش داده و از این اقدامات استفاده کنید.
- شستشوی خوب دست‌ها را نشان داده و تأکید کنید.

تداوم مراقبت

- محیط بیمار را برای تعیین سایر افراد مستعد عفونت بررسی کرده و غربالگری پی‌گیری برای آنها ترتیب دهید.
- اهمیت انجام ملاقات‌های پی‌گیر با مراقبین بهداشتی را تأکید کنید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- با کنترل ترشحات راه‌های هوایی باز نگهداشته شده‌اند.
- سطح آگاهی کافی را ابراز می‌کند.
- با مصرف داروهای تجویزی از برنامه درمانی تبعیت می‌کند.
- اقدامات برای به حداقل رساندن عوارض جانبی را انجام می‌دهد.
- در روشهای پیش‌گیری‌کننده شرکت می‌کند.
- برنامه فعالیتی را ادامه می‌دهد.
- عاری از عوارض جانبی می‌باشد.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۳، درمانه پرستاری داخلی جراحی بروز و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.



کولیت اولسراتیو Ulcerative Colitis

کولیت اولسراتیو، زخم عودکننده و بیماری التهابی مخاطی و زیرمخاطی کولون و رکتوم می‌باشد و بیماری وخیمی است که با علایم سیستمیک و میزان مرگ‌ومیر بالا همراه است؛ ۱۰ تا ۱۵٪ بیماران دچار کارسینوم کولون می‌شوند. با زخم‌های متعدد، التهاب منتشر و پوسته پوسته شدن اپیتلیوم کولون و با دوره‌های عود و فروکش مشخص می‌شود. خون‌ریزی از زخم روی داده و غشاء ادماتوز و ملتهب با ضایعات مداوم و آبسه می‌باشد. کولیت اولسراتیو غالباً افراد قفقازی، از جمله افراد با نژاد یهودی را مبتلا می‌سازد و در سومین تا پنجمین دهه زندگی به حداکثر می‌رسد.

تظاهرات بالینی

- نشانه‌های غالب: اسهال، درد شکم، تنسموس[1] متناوب، تلاش غیرمؤثر در دفع و خون‌ریزی متعدد.
- رنگ پریدهٔ در صورت خون‌ریزی شدید.
- بی‌اشتهایی، کاهش وزن، تب، استفراغ، دهیدراتاسیون، کرامپ و احساس فوریت در دفع (ممکن است روزانه ۱۰ تا ۲۰ بار دفع مدفوع آبکی را گزارش دهد).
- هیپوکسمی و آنمی.
- ریباندتندرنس در ربع تحتانی راست.
- ضایعات پوست، چشم (یووئیت)، اختلالات مفاصل و بیماری کبد

1- tenesmus

بررسی و روش‌های تشخیص

- تاکی‌پنه، تاکی‌کاردی، هیپوتانسیون، تب و رنگ پریدگی را ارزیابی کنید.
- بررسی مدفوع جهت رد دیزانتری، بررسی خون مخفی در مدفوع
- رادیوگرافی قفسه‌سینه، CT، MRI
- سیگموئیدوسکوپی و باریم‌انما
- بررسی‌های خون (کاهش هموگلوبین و هماتوکریت، افزایش تعداد گلبول‌های سفیدخون، کاهش میزان آلبومین، عدم‌تعادل الکترولیت)

هشدار پرستاری: از مایع‌ها جهت آمادگی برای پروسیجرها استفاده نکنید؛ فرآورده‌های مایع ممکن است بیماری را تشدید کند.

درمان طبی

درمان طبی برای آنتریت ناحیه‌ای و کولیت اولسراتیو در جهت کاهش التهاب، سرکوب پاسخ‌های ایمنی نامناسب و فراهم‌کردن استراحت برای روده بیمار تا زمان بهبودی می‌باشد.

تغذیه‌درمانی

درمان اولیه شامل کنترل مایع و غذا با مایعات خوراکی؛ رژیم غذایی پرکالری، پر پروتئین، کم باقیمانده؛ مکمل‌های ویتامین؛ و جایگزینی آهن می‌باشد. تعادل آب و الکترولیت ممکن است با مایعات داخل وریدی تصحیح شود. روش‌های درمانی دیگر شامل ترک سیگار و پرهیز از غذاهایی که علایم را تشدید می‌کنند، همچون شیر و غذاهای سرد، می‌باشند.

- تغذیه وریدی ممکن است تجویز شود.

U

درمان دارویی

- آرام‌بخش‌ها، داروهای ضداسهال و ضدحرکات دودی روده
- سولفانامیدها: سولفاسالازین (آزولفیدین)[1] یا سولفیسوکسازول

1- Sulfasalazine (Azulfidine)

(گانتریسین)[1]، برای التهاب خفیف یا متوسط مؤثر هستند.
- آنتی‌بیوتیک‌ها برای عفونت‌های ثانویه
- هورمون آدرنوکورتیکوتروپیک و کورتیکواستروئیدها
- آمینوسالیسیلات‌ها (موضعی و خوراکی)، از جمله انواع جدید عاری از سولفا (مسالامین [آساکول، پنتاسا][2])
- داروهای ایمنومدولاتور (برای مثال ایموران)

روان درمانی

روان درمانی با هدف تعیین عوامل ناراحت‌کننده بیمار، سازگاری با این عوامل و تلاش برای حل تعارضات می‌باشند.

درمان جراحی

زمانی که روش‌های غیرجراحی برای تسکین نشانه‌های شدید بیماری التهابی روده نارسا شوند، جراحی ممکن است توصیه گردد. (کولکتومی سگمنتال، ساب‌توتال یا کامل). انحراف مسیر دفع ممکن است ضرورت یابد، همانند ایلئوستومی، ذخیره‌کننده داخلی ایلئال (کوک)[3] یا آناستوموز ایلئوآنال. جراحی پلاستیک یا انحراف مسیر مدفوع ممکن است مورد نیاز باشد (برای مثال، ذخیره‌کننده ایلئال، آناستوموز ایلئوآنال). پروکتوکولکتومی با ایلئوستومی (برش کولون، رکتوم و آنوس) ممکن است در صورت گرفتاری شدید مقعد انجام شود.

U

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به التهاب روده

آنتریت ناحیه‌ای (بیماری کرون) و کولیت اولسراتیو به عنوان بیماری‌های التهابی روده طبقه‌بندی می‌شوند. کادر U-1 یافته‌های بررسی را فهرست می‌کند که به تمایز دو بیماری از هم کمک می‌کند.

1- Sulfisoxozole (Gantrisin)
2- Mesalamine [Asacol, pentasa]
3- Koel pouch

کادر U-1

یافته‌های بررسی پرستاری در کولیت اولسراتیو و انتریت ناحیه‌ای.

کولیت اولسراتیو

- علامت اصلی خون‌ریزی مقعد است.
- اتساع شکم با تندرنس ریباند ممکن است وجود داشته باشد

انتریت ناحیه‌ای

- نشانه شایع درد متناوب مرتبط با اسهال است که با دفع کاهش نمی‌یابد.
- درد معمولا در ربع تحتانی راست حس می‌شود.
- تندرنس شکمی قابل تشخیص با دق
- درد ناحیه‌ای اطراف ناف نشانه گرفتاری انتهایی ایلئوم است

بررسی (ذهنی)

- شروع و طول مدت درد شکم، وجود اسهال، تنسموس، تهوع، بی‌اشتهایی و کاهش وزن را تعیین کنید.
- الگوی رژیم غذایی از جمله مقادیر الکل، قهوه و نیکوتین مورد استفاده در روز یا در هفته را بررسی کنید.
- درباره تاریخچه بیماری التهابی روده سؤال کنید.
- درباره آلرژی‌ها به ویژه به شیر یا لاکتوز ارزیابی نمایید.
- الگوهای دفع روده‌ای از جمله ویژگی، دفعات و وجود خون، چرک، چربی یا موکوس را تعیین کنید.
- درباره اختلالات الگوی خواب در صورت بروز اسهال یا درد در شب بپرسید.

U

بررسی (عینی)

- صداهای روده و ویژگی‌های آنها را سمع کنید صداهای روده‌ای هیپراکتیو را گوش دهید.
- برای بررسی اتساع، تندرنس یا درد، شکم را لمس کنید.
- پوست را از نظر علایم فیستول یا نشانه‌های دهیدراتاسیون مشاهده کنید مدفوع را از نظر خون مشاهده نمایید

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- اسهال در ارتباط با فرایند التهابی
- درد در ارتباط با افزایش پریستالتیس و التهاب گوارش
- کمبود حجم مایع و الکترولیت در ارتباط با بی‌اشتهایی تهوع و اسهال
- عدم تحمل فعالیت در رابطه با اتلاف مایعات و تغذیه ناکافی
- اضطراب در ارتباط با جراحی قریب‌الوقوع
- سازگاری غیرمؤثر فردی در ارتباط با دوره‌های مکرر اسهال
- احتمال اختلال در تمامیت پوست مرتبط با سوء تغذیه و اسهال
- احتمال مدیریت غیرمؤثر برنامه درمانی در ارتباط با دانش ناکافی در مورد فرایند و درمان بیماری.

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

- دیس ریتمی قلبی در ارتباط با کمبود الکترولیت
- خون‌ریزی گوارش با از دست دادن حجم خون
- پرفوراسیون روده
- عدم تعادل الکترولیت

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی ممکن است شامل دفع طبیعی روده تسکین درد شکم و کرامپ، پیشگیری از کمبود حجم مایع، بهبود تغذیه و وزن مطلوب، پرهیز از خستگی، کاهش اضطراب، سازگاری مؤثر، پیشگیری از گسیختگی پوست، دانش و درک فرایند بیماری و برنامه درمان و فقدان عوارض جانبی باشند.

مداخلات پرستاری

حفظ الگوهای طبیعی دفع

- تعیین کنید که آیا ارتباط بین اسهال و غذاهای خاص، فعالیت‌ها یا تنش عاطفی وجود دارد.
- هرگونه عوامل تشدیدکننده به‌علاوه دفعات، قوام و مقدار مدفوع را مشخص

کنید.
- امکان دسترسی سریع به حمام یا لگن را فراهم کنید محیط را تمیز و عاری از بو نگهدارید.
- داروهای ضداسهال را طبق دستور تجویز کرده و دفعات و قوام مدفوع بعد از شروع درمان را ثبت کنید.
- استراحت در تخت، جهت کاهش حرکات دودی را تشویق کنید.

تسکین درد
- ویژگی درد (مبهم، سوزش یا کرامپی) و شروع آن، الگو و داروی تسکین را توصیف کنید.
- داروهای ضدکولینرژیک را ۳۰ دقیقه قبل از غذا جهت کاهش حرکات روده تجویز نمایید
- داروهای مسکن را طبق دستور بدهید درد را با تغییر وضعیت و استفاده از گرمای موضعی (در صورت تجویز)، فعالیت‌های سرگرم کننده و پیش‌گیری از خستگی بکاهید.

حفظ تعادل مایع
- جذب و دفع از جمله درناژ زخم یا فیستول را ثبت کنید.
- روزانه وزن را کنترل نمایید.
- علایم کمبود حجم مایع را بررسی کنید: خشکی پوست و غشاهای مخاطی، کاهش تورگور پوست، اولیگوری، خستگی، کاهش درجه حرارت بدن افزایش هماتوکریت.
- وزن مخصوص ادرار را بررسی کرده و به هیپوتانسیون توجه کنید.
- مصرف خوراکی مایعات را تشویق کنید؛ سرعت تجویز مایعات داخل وریدی را تحت نظر بگیرید.
- روش‌هایی برای کاهش اسهال آغاز کنید: محدودیت‌های غذایی، کاهش تنش و داروهای ضداسهال.

U

ارتقای روش‌های تغذیه‌ای

- زمانی که علایم شدید هستند PN استفاده کنید.
- جذب و دفع مایعات روزانه را در مدت PN درمانی ثبت کنید؛ روزانه قندخون را بررسی کنید.
- غذاهای پر پروتئین و کم چربی و کم باقی‌مانده بعد از PN درمانی ارائه دهید به عدم تحمل (برای مثال استفراغ، اسهال، نفخ،) توجه کنید.
- در صورت تحمل غذاهای خوراکی غذاهای کم باقی‌مانده با حجم کم و دفعات زیاد ارائه دهید.
- فعالیت‌ها را جهت حفظ انرژی، کاهش حرکات دودی روده و کاهش نیاز به کالری محدود نمایید.

افزایش استراحت و تحمل فعالیت

- دوره‌های متناوب استراحت در طول روز را توصیه نمایید، جهت حفظ انرژی و کاهش سرعت متابولیسم فعالیت‌ها را محدود کرده یا برنامه‌ریزی شده انجام دهید.
- فعالیت در حد تحمل را تشویق کنید استراحت در تخت با ورزش‌های فعال یا غیرفعال را برای بیماری دارای تب، دفعات دفع زیاد یا خون‌ریزی توصیه کنید.

کاهش اضطراب

- گزارش را با دقت و با آرامش و به روش اطمینان بخش ارائه دهید.
- زمانی را برای بیمار جهت پرسش و بیان احساسات اختصاص دهید.
- به نشانه‌های غیرکلامی اضطراب (بی‌قراری، وجود تنش در صورت) توجه کنید.
- اطلاعاتی را درباره جراحی قریب‌الوقوع متناسب با سطح درک بیمار و تمایل برای دانستن ارائه دهید.

ترویج مهارت‌های سازگاری

- حمایت عاطفی و درکی برای بیماری که احساس تنهایی، ناامیدی و خارج کنترل بودن امور را می‌کند ارائه دهید.

- مشخص کنید که رفتار ممکن است تحت تأثیر عوامل غیر مرتبط با ویژگیهای عاطفی باشد.
- تلاش بیمار برای غلبه بر تنشها را حمایت نمایید.
- با برقراری ارتباط نشان دهید که احساسات بیمار را درک کرده‌اید و بیمار را برای صحبت درباره مشکلات تشویق کنید.
- از روش‌های کاهش استرس استفاده کنید: روش‌های تن آرامی، ورزشهای تنفس و بیوفیدبک.
- در صورت نیاز بیمار را برای مشاوره حرفه‌ای ارجاع دهید.

پیشگیری از گسیختگی پوست

- پوست به ویژه ناحیه پرینه را بررسی کنید
- مراقبت پرینه را بعد از هر دفع ارائه دهید.
- مراقبت فوری جهت نواحی قرمز یا تحریک شده روی برجستگی‌های استخوانی را ارائه دهید.
- از وسایل کاهش فشار برای جلوگیری از گسیختگی پوست استفاده نمایید.
- با متخصص مراقبت از زخم یا درمان‌گر استومای روده در صورت نیاز مشاوره کنید.

بررسی و کنترل عوارض بالقوه

- میزان الکترولیت سرم را بررسی کنید؛ جایگزین‌ها را تجویز نمایید.
- دیس ریتمی یا تغییر در سطح هوشیاری را گزارش دهید.
- خون ریزی از مقعد را بررسی کرده و خون و افزاینده‌های حجم را تجویز کنید.
- فشار خون را بررسی کنید؛ بررسی‌های آزمایشگاهی خون را انجام دهید.
- علایم پرفوراسیون را کنترل نمایید: افزایش حاد درد شکم، شکم سفت، استفراغ یا هیپوتانسیون.
- علایم انسداد مگاکولون سمی را بررسی کنید: اتساع شکم، کاهش یا فقدان صداهای روده، تغییرات در وضعیت روانی، تب، تاکی کاردی، هیپوتانسیون و عدم تعال الکترولیت.

U

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- نیاز برای اطلاعات بیشتر درباره درمان طبی (دارویی، رژیم غذایی) و اقدامات جراحی را بررسی کنید.
- اطلاعات درباره درمان تغذیه‌ای (غذای نرم، کم باقی‌مانده، پر پروتئین، پرکالری و پر ویتامین) ارائه دهید.
- علت منطقی برای استفاده از استروئیدها و ضدالتهاب‌ها، داروهای ضد باکتری، ضداسهال و ضداسپاسم را بیان کنید.
- اهمیت مصرف داروهای تجویزی و عدم قطع ناگهانی دارو (به ویژه استروئیدها به علت مشکلات طبی شدید) را تأکید نمایید.
- پروسیجر و مراقبت قبل و بعد از عمل در صورت نیاز به جراحی را توضیح دهید در صورت ضرورت مراقبت از ایلئوستومی را مرور کنید. اطلاعاتی از انجمن ملی ایلئیت و کولیت دریافت نمایید.

تداوم مراقبت

- اگر وضعیت تغذیه مختل می‌باشد و بیمار PN دریافت می‌کند وی را به پرستار در منزل ارجاع دهید.
- توضیح دهید که بیماری می‌تواند کنترل شود و بیمار می‌تواند بین دوره‌های عود زندگی سالم داشته باشد.
- بیمار را به استراحت و تعدیل فعالیت‌ها براساس میزان انرژی حین برخاستن تشویق کنید بیمار را به محدودکردن وظایفی توصیه کنید که موجب کشیدگی عضلات شکم می‌شوند همچنین وی را به خوابیدن نزدیک حمام به علت اسهال مکرر تشویق کنید. برای کنترل بو استفاده از دئودورایزرها را پیشنهاد نمایید.
- درباره داروها و نیاز به خوردن آنها طبق برنامه در منزل آموزش دهید استفاده از نگهدارنده‌های دارو (ظرفهایی قرصها را براساس زمان و مساحت جدا می‌کنند) توصیه کنید.
- رژیم غذایی کم باقیمانده، پرپروتئین و پرکالری در مرحله حاد بیماری را توصیه کنید. بیمار را به ثبت غذاهای محرک روده و حذف آنها از رژیم

غذایی تشویق نمایید مصرف هشت لیوان آب در روز را توصیه کنید.
- به دلیل ماهیت طولانی بیماری و تأثیر آن بر زندگی خانوادگی و منابع مالی از بیمار حمایت کنید در صورت نیاز مشاوره فردی و خانوادگی را ترتیب دهید.
- زمانی را برای بیمار جهت ترسها و نگرانیها اختصاص دهید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- کاهش در دفعات دفع مدفوع را گزارش می‌دهد
- کاهش درد را تجربه می‌کند
- تعادل حجم مایع حفظ می‌شود
- به تغذیه مطلوب دست می‌یابد
- تمامیت پوست حفظ گردد
- از خستگی پیشگیری می‌کند
- اضطراب کمتری را تجربه می‌کند
- با موفقیت با تشخیص سازگار می‌شود
- به درک فرایند بیماری دست می‌یابد
- بدون عوارض جانبی بهبود می‌یابد

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۸، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

U

بیمار بیهوش — Unconscious Patient

عدم هوشیاری شرایطی است که در آن بیمار به محرک‌های محیطی پاسخ نداده و آگاه نمی‌باشد (LOC). معمولاً مدت کوتاهی طول می‌کشد. کوما وضعیت بالینی عدم هوشیاری است که بیمار برای مدت طولانی از خود و محیط آگاهی ندارد (روزها تا ماه‌ها یا حتی سال‌ها) آکینتیک موتیسم[1] وضعیت عدم پاسخگویی به محیط است که بیمار هیچ حرکت یا صدایی ندارد اما گاهی

1- Akinetic mutism

چشمانش باز می‌شود. وضعیت گیاهی دایم شرایطی است که بیمار به عنوان بیدار بدون عملکرد ذهنی شناختی یا عاطفی توصیف می‌شود. علل عدم هوشیاری ممکن است عصبی (صدمه سر، سکته) مواد سمی (مصرف بیش از حد دارو، سمیت الکل) یا متابولیکی (نارسایی کبد یا کلیه کتواسیوز دیابتی) باشند.

بررسی و روش‌های تشخیص

- بررسی نرولوژیک (CT،MRT، PET،EEG) برای تعیین علت کاهش هوشیاری.
- بررسی آزمایشگاهی: بررسی شیمیایی آمونیاک سرم، نیتروژن اوره خون، اسمولالیتی، زمان پروترومین، کتون‌های سرم، غربال‌گری الکل و دارو، گازهای خون شریانی.

درمان طبی

اولویت اول بازکردن و حفظ راه‌های هوایی (لوله‌گذاری داخل تراشه یا تراکئوستومی) می‌باشد سپس وضعیت گردش خون (نبض کاروتید، تعداد ضربان قلب، فشار خون) بررسی شده و اکسیژناسیون کافی حفظ می‌شود خط وریدی جهت حفظ وضعیت تعادل مایع برقرار شده و حمایت تغذیه‌ای به‌عمل می‌آید (لوله تغذیه یا گاستروستومی). مراقبت نرولوژیک براساس علت صورت می‌گیرد.

فرآیند پرستاری: بیمار بیهوش

بررسی

- سطح پاسخگویی (هوشیاری) را با استفاده از مقیاس اغمای گلاسکو بررسی کنید. اندازه برابری و واکنش به نور را بررسی نمایید؛ به حرکات چشم توجه کنید.
- قرینگی صورت و رفلکس‌های بلع را بررسی کنید و بازتاب‌های تاندون‌های عمقی را ارزیابی نمایید.
- پاسخ‌های خود به خود هدفمند یا غیر هدفمند را بررسی کنید. وضعیت دکورتی که دست‌های خمیده، نزدیک بدن و چرخیده به داخل و پاهای

اکستنشن) یا دسربره (اندام‌های اکستنشن و تشدید بازتاب‌ها)
- فلج یا سکته مغزی به عنوان علت شلی عضلات را رد کنید
- وضعیت تنفسی، علایم چشمی، بازتاب‌ها و عملکرد بدن (گردش خون، تنفس دفع و تعادل مایع و الکترولیت) را به روش سیستماتیک بررسی نمایید.
- اگر بیمار دچار کما بوده و بازتاب مردمک به نور وجود دارد به اختلال متابولیک یا سمی مشکوک شوید
- اگر بیمار دچار کوما بوده و علایم موضعی شدید هستند به بیماری عصبی مشکوک گردید.

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- پاکسازی غیرمؤثر راه هوایی در ارتباط با ناتوانی در خروج ترشحات.
- خطر کمبود مایعات در ارتباط با ناتوانی برای مصرف مایعات.
- اختلال غشاهای مخاطی دهان در ارتباط با تنفس دهانی، فقدان رفلکس حلق و عدم توانایی برای مصرف مایعات.
- احتمال اختلال تمامیت پوست در ارتباط با بی‌حرکتی یا بی‌قراری.
- اختلال در تمامیت بافت قرنیه مرتبط با کاهش یا فقدان رفلکس قرینه
- تنظیم غیرمؤثر درجه حرارت بدن در ارتباط با صدمه به مرکز هیپوتالاموس.
- اختلال دفع روده‌ای (اسهال یا یبوست) یا دفع ادراری (بی‌اختیاری یا احتباس) در ارتباط با وضعیت بیهوشی.
- اختلال در عملکرد فرایندهای خانواده مرتبط با بحران سلامتی عدم هوشیاری.

U

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

- دیسترس یا نارسایی تنفس
- پنومونی
- زخم فشاری

- آسپیراسیون
- ترومبوز ورید عمقی
- جمع‌شدگی‌ها[1]

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف مراقبت در دوره بیهوشی ممکن است شامل پاک کردن راه هوایی، تعادل حجم مایع، سلامت غشاهای مخاطی، تمامیت پوستی طبیعی، فقدان آزردگی قرنیه، تنظیم درجه حرارت بدن، فقدان احتباس و عفونت ادراری، فقدان اسهال یا مدفوع سخت، سلامت سیستم خانوادگی یا حمایتی، عاری بودن از صدمه و فقدان عوارض باشند.

مداخلات پرستاری

بازنگهداشن راه هوایی

- راه هوایی کافی برقرار کرده واز تهویه اطمینان یابید.
- بیمار را در وضعیت به پهلو یا لترال قرار دهید به بیمار اجازه ندهید تا به پشت برگردد.
- ترشحات را جهت کاهش احتمال آسپیراسیون پاک کنید سر تخت را ۳۰ درجه بالا برده تا از آسپیراسیون پیشگیری شود ساکشن مکرر و بهداشت دهان را فراهم نمایید.
- هر ۸ ساعت ریه را از نظر کراکل، ویز یا فقدان صداهای تنفسی سمع کنید.
- باز بودن لوله داخل تراشه یا تراکئوستومی را حفظ کنید. گازهای خون شریانی را بررسی کنید؛ تنظیمات دستگاه تهویه را انجام دهید.
- بهداشت ریه را با فیزیوتراپی قفسه سینه و درناژ وضعیتی ترویج دهید.

U

فراهم نمودن ایمنی

- برای محافظت از بالشتکهای نرده کناره تخت استفاده کنید، سر تخت را بالا ببرید.

1-Contractures

- از هر روش موجود و مناسب برای آرام کردن بیمار پریشان استفاده کنید؛ در صورت امکان جهت جلوگیری از افزایش فشار داخل جمجمه از محدودیت فیزیکی بیمار خودداری کنید.
- از حریم و خلوت بیمار حمایت کنید؛ به عنوان وکیل‌مدافع بیمار عمل کنید.

دستیابی به تعادل مایع و غذا

- وضعیت هیدراتاسیون را بررسی کنید: غشاهای مخاطی را معاینه کنید پوست را از نظر تور گور بافتی ارزیابی نمایید.
- نیاز به مایع را از طریق تجویز مایعات داخل وریدی و سپس تغذیه بینی معدی یا گاستروستومی رفع کنید.
- مایعات داخل وریدی و ترانسفوزیون‌های خون را به آرامی تجویز کنید اگر بیمار دچار مشکل داخل جمجمه‌ای باشد.
- هرگز به بیماری که نمی‌تواند ببلعد مایعات خوراکی ندهید؛ لوله تغذیه برای تجویز غذاهای روده‌ای جای گذاری کنید.

حفظ سلامت غشاهای مخاطی دهان

- دهان را از نظر خشکی، التهاب و کراست مشاهده کرده و به دقت جهت پاک کردن ترشحات و مخاطها شستشو دهید و غشاء مخاطی را مرطوب نگهدارید؛ از وازلین برای لبها استفاده نمایید.
- اطراف دهان و لبها را از نظر زخم بررسی کنید، در صورتی که بیمار لوله داخل تراشه دارد. روزانه لوله را به طرف دیگر دهان حرکت دهید.

U

حفظ تمامیت پوست

- از برنامه منظم تغییر وضعیت جهت پیشگیری از نکروز ایسکمیک روی نواحی فشاری و ارائه تحریک کینستتیک، پروپریوسپتیو و وستیبولار پیروی کنید.
- جهت پیشگیری از کونتراکچر، ورزش غیر فعال اندامها را ارائه دهید؛ از اسپلینت یا چکمه‌های ابری برای پیشگیری از افتادگی پا و حذف فشار روی نوک انگشتان پا استفاده نمایید.

- مفاصل ران و پاها را در امتداد مناسب قرار داده و با روشهای تروکانتر حمایت کنید.
- بازوها را در وضعیت ابداکشن با انگشتان به طور جزئی خمیده و دستان را در سوپیناسیون جزیی قرار دهید.

حفظ تمامیت قرینه

- چشمها را با پنبه مرطوب به نرمال سالین پاک کرده تا بافتهای نکروز و ترشحات پاک شوند.
- هر ۲ ساعت طبق دستور قطره‌های اشک مصنوعی را بریزید.
- از کمپرس سرد طبق دستور برای ادم دور چشم بعد از جراحی جمجمه استفاده کنید. از تماس با قرنیه اجتناب نمایید.
- از پچ‌های چشم با احتیاط استفاده کنید زیرا احتمال ضایعات بیشتر قرنیه وجود دارد.

تنظیم درجه حرارت بدن

- دمای محیط را برای فراهم‌کردن درجه حرارت طبیعی بدن تنظیم کنید.
- از روشهای تجویز شده جهت درمان هیپوترمی استفاده کنید روانداز بجز ملحفه سبک را بردارید داروهای ضدتب را تجویز کنید از لرز جلوگیری کنید، ممکن است کلروپرومازین (تورازین) تجویز شود.

هشدار پرستاری: درجه حرارت مقعدی یا تمپانیک[1] در صورت عدم منع مصرف را کنترل کنید

پیشگیری از احتباس ادراری

- در فواصل مشخص مثانه را لمس کنید تا احتباس ادراری را تعیین نمایید.
- در صورت وجود علایم احتباس ادراری کاتتر ادراری بگذارید تب و ادرار کدر را بررسی کنید دهانه مجرای ادرار را از نظر ترشح بررسی کنید.
- از کاتتر خارجی پنیس (کاتترکاندومی) برای بیماران مرد و از پدهای جاذب

1- Tympanic

برای بیماران زن استفاده کنید اگر آنها می‌توانند به طور خود به خودی ادرار کنند.
- به محض کسب هوشیاری برنامه آموزش مثانه را آغاز کنید.
- به طور مکرر علایم تحریک و گسیختگی پوست را بررسی کنید؛ مراقبت مناسب از پوست را اجرا نمایید.

بهبود عملکرد روده
- اتساع شکم را از طریق سمع صداهای روده و بررسی دور شکم ارزشیابی کنید.
- تعداد و دوام حرکات روده را بررسی نمایید؛ معاینه مقعدی را از نظر علایم سفتی مدفوع انجام دهید بیمار ممکن است هر روز جهت تخلیه کولون نزولی به انما نیاز داشته باشد.
- اگر مانور والسالوا فشار داخل جمجمه را بیافزاید ممکن است انما منع مصرف داشته باشد.
- نرم کننده‌های مدفوع و شیاف گلیسرین را در صورت نیاز تجویز نمایید.

حمایت از خانواده
- اطلاعات درباره شرایط بیمار را به خانواده ارائه داد و تأکید کنید تا اعضای خانواده از ظرفیتهای سازگاری خودشان استفاده کنند.
- بیان احساسات و نگرانی‌ها را تشویق کنید.
- از خانواده در فرایند تصمیم‌گیری در مورد مراقبت بعد از بیمارستان و در منزل حمایت کنید.

U

افزایش تحریک حسی
- تحریک مداوم حس جهت کمک به بیمار برای غلبه بر محرومیت شدید حسی ارائه دهید به خانواده توضیح دهید که دوره‌های بی قراری ممکن است نشانه افزایش آگاهی بیمار از محیط باشد.
- جهت حفظ الگوهای طبیعی فعالیت و خواب روزانه و شبانه تلاش کنید بیمار را به زمان و مکان هر ۸ ساعت آگاه کنید.
- بیمار را لمس کرده و با او صحبت نمایید خانواده و دوستان را به انجام این کارها تشویق کنید از ارائه نظرات منفی درباره وضعیت بیمار در حضور بیمار

خودداری کنید از تحریک بیش از حد بیمار اجتناب نمایید.
- صداهای منزل و محل کار بیمار را با استفاده از ضبط صوت پخش کنید.
- کتاب‌های مورد علاقه وی را بخوانید و برنامه‌های تلویزیون و رادیویی آشنا را در محیط پخش کنید.

دستیابی به مراقبت از خود و مواجهه با نیازهای خانواده

به محض بازگشت هوشیاری فعالیت‌های زندگی روزمره را آغاز کنید. فعالیت‌های بیمار و خانواده را تحت نظر گرفته، تشویق و حمایت کنید.

بررسی و درمان عوارض جانبی بالقوه

- علایم حیاتی و عملکرد تنفس را از نظر علایم نارسایی تنفس یا دیسترس بررسی کنید.
- کفایت گلبولهای قرمز برای حمل اکسیژن بررسی نمایید: تعداد کل گلبولهای خون و گازهای خون شریانی.
- اگر پنومونی ایجاد شده است نمونه برداری برای انجام کشت گرفته تا ارگانیسم مسبب شناسایی شده و آنتی‌بیوتیک مناسب انتخاب شود.
- علایم اختلال تمامیت پوست را کنترل کنید و روش‌های پیشگیری از گسیختگی پوست و زخم‌های فشاری را اجرا نمایید.
- عوامل مسبب گسیختگی پوستی را مشخص کنید و روش‌های جهت تسریع بهبودی زخم‌های فشاری اتخاذ نمایید.
- علایم و نشانه‌های ترومبوز وریدهای عمقی (قرمزی و ادم) را بررسی کنید.

U

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- راه هوایی را پاک می‌کند و صداهای تنفسی طبیعی می‌باشند
- فقدان صدمه را تجربه کند
- به غشاهای مخاطی سالم دست یافته یا حفظ می‌کند
- به وضعیت طبیعی مایعات دست یافته یا حفظ می‌کند
- مقادیر طبیعی الکترولیت‌های سرم را نشان می‌دهد

- تمامیت طبیعی پوست را حفظ می‌کند
- عاری از تحریک و آزردگی قرنیه می‌باشد
- به تنظیم درجه حرارت بدن دست یافته یا حفظ می‌کند
- بدون احتباس ادراری می‌باشد.
- از عوارض دیگر به دور می‌باشد

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۶۱، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.

سنگهای ادراری
Urolithiasis

یورولیتازیس به سنگها در مجرای ادراری اطلاق می‌شود. سنگها در مجرای ادراری زمانی تشکیل می‌شوند که غلظت مواد داخل ادرار همچون اگزالات کلسیم، فسفات کلسیم و اسید اوریک افزایش یابد. سنگها از نظر اندازه از رسوبات گرانول کوچک تا اندازه یک پرتقال متفاوت هستند. عوامل ایجادکننده سنگ شامل عفونت استاز ادراری، بی‌حرکتی و تغییر متابولیسم کلسیم (هیپرکلسمی و هیپرکلسی‌اوری) می‌باشند مشکل غالباً در دهه‌های سوم تا پنجم زندگی روی داده و مردان را بیش از زنان مبتلا می‌سازد.

تظاهرات بالینی

نشانه‌ها به وجود انسداد، عفونت و ادم بستگی دارند علایم از درد خفیف تا شدید متفاوت هستند.

U

سنگهای لگنچه کلیه

- درد عمیق و شدید در ناحیه زاویه دنده‌ای - روده‌ای
- هماچوری و پیوری
- درد که به قدام و پایین مثانه در خانم‌ها و بیضه‌ها در مردان انتشار می‌یابد.
- درد حاد، تهوع، استفراغ، تندرنس ناحیه زاویه دنده‌ای - مهره‌ای (کولیک کلیه)
- ناراحتی شکم، اسهال

کولیک حالبی (سنگهای حالب)

- درد حاد، شدید، کولیکی و موجی شکل که به پایین ران و دستگاه تناسلی منتشر می‌شود.
- تمایل مکرر برای دفع اما دفع مقادیر کمی ادرار. معمولاً به علت زخم ناشی از عبور سنگ، ادرار خونی.

سنگهای مثانه

- نشانه‌های تحریک مرتبط با عفونت مجاری ادراری و همچوری
- احتباس ادرار، در صورتی که سنگ گردن مثانه را مسدود سازد
- احتمال سپسیس اگر عفونت با سنگ وجود داشته باشد.

بررسی و روش‌های تشخیص

- بیشتر سنگها حاجب بوده و می‌توانند از طریق رادیوگرافی تشخیص داده شوند.
- تشخیص براساس بررسی رادیوگرافی کلیه، حالب و مثانه (KUB)، اروگرافی داخل وریدی و پیلوگرافی رتروگراید تایید می‌شود.
- بررسی شیمیایی جهت تعیین ترکیب سنگ صورت می‌گیرد.

درمان طبی

اهداف پایه عبارتند از: از بین بردن سنگ، تعیین نوع سنگ، پیشگیری از تخریب نفرون‌ها، کنترل عفونت و رفع هرگونه انسداد که ممکن است وجود داشته باشد.

روش‌های برداشتن سنگ

- بررسی سیستوسکوپیک و عبور کاتتر حالبی کوچک
- بررسی شیمیایی سنگ‌ها جهت تعیین ترکیب آنها
- لیتوتریپسی با موج شوک از خارج از بدن (ESWL)
- نفروستومی از راه پوست، روش‌های اندارولوژیک[1]

1- endourologic

- لیتوتریپسی الکتروهیدرولیک
- یورتروسکوپی: سنگ‌ها با استفاده از لیزر لیتوتریپسی الکتروهیدرولیکی یا اولتراسوند خرد شده و سسپس خارج می‌شوند.
- حل سنگ‌ها با استفاده از مواد شیمیایی[1]: روش انتخابی برای افرادی که برای سایر درمان‌ها مناسب نیستند یا به سایر روش‌ها پاسخ نداده‌اند یا به راحتی سنگ‌ها حل می‌شوند (استرویت[2]).
- برداشتن به روش جراحی تنها در ۱٪ تا ۲٪ بیماران صورت می‌گیرد.

درمان دارویی و تغذیه‌ای

- داروهای مسکن (مورفین یا مپریدین برای پیشگیری از شوک یا سنکوپ) و داروهای ضد التهاب غیر استروئید (NSAIDs).
- افزایش مصرف مایع جهت کمک به عبور سنگ مگر اینکه بیمار استفراغ کند.
- افزایش مصرف مایع سر ساعت جهت رقیق سازی ادرار و اطمینان از برون ده زیاد ادرار.
- برای سنگهای کلسیمی کاهش مصرف رژیم غذایی حاوی کلسیم فراوان، پروتئین و سدیم، مصرف زیاد مایعات، دارو برای افزایش اسیدیته ادرار همانند کلرید آمونیوم، سدیم سلولوز فسفات (کلسیبایند[3]) و دیورتیک‌های تیازیدی اگر تولید پاراتورمون زیاد باشد.
- برای سنگ‌های فسفاتی: رژیم غذایی کم فسفر، ژل هیدروکسید آلومینیوم
- برای سنگ‌های اوریک: رژیم غذایی کم پورین و محدودیت پروتئین، آلوپرینول (زایلوپریم) قلیایی‌کردن ادرار.
- برای سنگ‌های سیستین: رژیم غذایی کم پروتئین، قلیایی سازی ادرار، پنی‌سیلامین.
- برای سنگ‌های اگزالات: رقیق‌کردن ادرار، محدودیت مصرف اگزالات، (سبزیجات برگ‌سبز همانند اسفناج، توت‌فرنگی ریواس، گندم سبوس‌دار، شکلات، چای و بادام زمینی).

U

1- Chemolysis
2- Struvite
3- Calcibind

فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به سنگ ادراری

بررسی

- درد و ناراحتی از جمله شدت محل و انتشار درد را بررسی کنید.
- نشانه‌های همراه شامل تهوع، استفراغ، اسهال و انتساع شکمی را بررسی نمایید.
- علایم عفونت مجرای ادراری (لرز، تب، دیزوری، تکرر و فوریت ادرار) و انسداد (دفع مکرر مقدار کمی ادرار، اولیگوری یا آنوری) را بررسی نمایید.
- ادرار را از نظر وجود خون بررسی کرده و سنگ‌ها یا شن ریزه‌ها را صاف کنید.
- تاریخچه را بر عوامل مستعدکننده فرد برای سنگ‌های ادراری یا عوامل تشدیدکننده دوره‌های کولیک کلیه یا حالب متمرکز سازید.
- بررسی آگاهی بیمار درباره سنگ‌های کلیه و روش‌های پیشگیری از عود بیماری

تشخیص

تشخیص‌های پرستاری

- درد در ارتباط با التهاب، انسداد و ضایعات مجرای ادراری
- کمبود آگاهی در مورد پیشگیری از عود سنگ‌های کلیه

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

- عفونت و سپسیس (عفونت مجرای ادراری و پیلونفریت)
- انسداد مجرای ادراری توسط سنگ یا ادم یا نارسایی حاد کلیه

برنامه‌ریزی و اهداف

اهداف اصلی شامل تسکین درد و ناراحتی، پیشگیری از عود سنگ‌های کلیه و پیشگیری از عوارض جانبی می‌باشند.

مداخلات پرستاری

تسکین درد

- طبق دستور مسکن‌های مخدر را تجویز کنید حمام گرم یا استفاده از گرمای مرطوب روی پهلوها را توصیه کنید.
- بیمار را به قرارگیری در وضعیت راحت تشویق کرده و کمک کنید.

- بیمار را به جابجایی جهت دستیابی به تسکین درد کمک کنید.
- درد را به دقت بررسی کنید و افزایش در شدت درد را فوراً گزارش دهید.
- بیمار را برای درمان آماده کنید (برای مثال لیتوتریپسی یورتروسکوپی، جراحی) اگر درد تسکین نیابد.

بررسی و درمان عوارض

- بیمار را به گزارش کاهش حجم ادرار و ادرار خونی یا کدر آموزش دهید
- برون ده کلی ادرار و الگوهای دفع ادرار را بررسی کنید
- افزایش مصرف مایعات و تحرک را تشویق کنید
- اگر بیمار نمی‌تواند مایعات کافی را به صورت خوراکی مصرف کند تجویز مایعات داخل وریدی را آغاز کنید.
- بیمار را به طور دائم جهت تشخیص عبور خود به خودی سنگ ارزیابی نمایید.
- ادرار را از گاز عبور دهید.
- لخته‌های خون داخل ادرار را فشار دهید تا وجود سنگ در آن مشخص شود)، و اطراف لوله ادرار و لگن را از نظر خرده سنگ‌ها مشاهده کنید.
- به بیمار در مورد گزارش هرگونه افزایش درد آموزش دهید، مسکن‌ها را تجویز کنید.
- علایم حیاتی را از نظر علایم اولیه عفونت بررسی نمایید.

ارتقای مراقبت در منزل و جامعه‌محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- علل سنگ‌های کلیه و راههای پیش‌گیری از عود را توضیح دهید.
- به بیمار چگونگی بررسی و تفسیر PH ادرار را بیاموزید.
- بیمار را به نوشیدن کافی مایعات تا افزایش ادرار ۲۴ ساعته به ۳۰۰۰ تا ۴۰۰۰ میلی لیتر تشویق کنید.
- به بیمار در مورد اجتناب از افزایش ناگهانی درجه حرارت محیط و فعالیت‌هایی که موجب تعریق بیش از حد و دهیدراتاسیون می‌شوند آموزش دهید.
- اطلاعات شفاهی و کتبی درباره غذاهای خاص که منع مصرف دارند ارائه دهید.
- مکانیسم اثر و اهمیت داروهای تجویزی برای پیشگیری از تشکیل سنگ‌های ادراری را توضیح دهید.
- علایم و نشانه‌های تشکیل سنگ، انسداد، و عفونت را بیاموزید به بیمار در مورد گزارش فوری این علایم به پزشک توضیح دهید.

U

فراهم نمودن مراقبت پی‌گیر و مراقبت در منزل بعد از ESWL

- به بیمار در مورد افزایش مصرف مایعات برای کمک به دفع خرده سنگ‌ها آموزش دهید (ممکن است ۶ هفته تا چند ماه بعد از پروسیجر طول بکشد).
- به بیمار درباره علایم و نشانه‌های عوارض جانبی بیاموزید: تب، کاهش برون ده ادرار و درد.
- به بیمار بگویید که احتمال هماچوری وجود دارد اما باید در مدت ۲۴ ساعت رفع شود.
- آموزش‌های تغذیه‌ای مناسب براساس ترکیب سنگ‌ها ارائه دهید.
- رژیم غذایی جهت پیش‌گیری از تشکیل بیشتر سنگ را تشویق کنید. بیمار را به تبعیت از برنامه غذایی تجویزی توصیه کنید.
- به بیمار مصرف کافی مایعات در بعد از ظهرها جهت پیش‌گیری از تغلیظ زیاد ادرار در شب را آموزش دهید.
- توصیه کنید که بیمار هر ۱ تا ۲ ماه از اولین سال و سپس به طور دوره‌ای کشت ادرار بدهد.
- توصیه کنید که عفونت عودکننده ادرار باید درمان گردد.
- در صورت امکان افزایش فعالیت را تشویق کنید و مصرف مکمل‌های ویتامین به ویژه ویتامین D و مکمل‌های املاح معدنی را منع نمایید.
- به بیمار درباره علایم و نشانه‌های عوارض بعد از عمل که باید فوراً به پزشک اطلاع دهد آموزش دهید.
- به خانواده و بیمار اهمیت پی‌گیری جهت بررسی عملکرد کلیه و اطمینان از رفع تمام سنگ‌های کلیه را تأکید کنید.

ارزشیابی

برآیندهای موردانتظار از بیمار

- تسکین درد را گزارش دهید
- عوارض جانبی را تجربه نمی‌کند
- افزایش آگاهی درباره رفتارهای جستجوی سلامتی برای پیشگیری از عود مجدد را بیان می‌کند.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۴۵، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش یازدهم ۲۰۰۸ مراجعه کنید.



اختلالات ورید Vein Disorders

ترومبوز وریدی، ترومبوفلبیت، فلبوترومبوزیس، و ترومبوز ورید عمقی

اگر چه اختلالات وریدی بیان شده لزوماً پاتولوژی یکسانی ندارند ولی برای اهداف بالینی این اصلاحات اغلب به جای یکدیگر به کار می‌روند. علت اصلی ترومبوز وریدی ناشناخته است اگرچه سه عامل (ترياد ویرچو[1]) نقش مهمی در ایجاد آن دارند: استاز خون صدمه به دیواره عروق و اختلال در انعقاد خون.

ترومبوفلبیت التهاب دیواره وریدها بوده که اغلب با تشکیل لخته مرتبط است. زمانی که لخته در اثر استاز خون یا افزایش قدرت انعقاد در وریدها به وجود می‌آید، اما بدون التهاب است فرایند فلبوترومبوزیس نامیده می‌شود.

ترومبوز وریدی می‌تواند در هر وریدی روی دهد اما غالباً در وریدهای اندامهای تحتانی به وجود می‌آید. وریدهای عمقی و سطحی پاها ممکن است مبتلا شوند. صدمه به مسیر عروق خونی محلی را برای تشکیل لخته ایجاد می‌کند و افزایش قدرت انعقادی خون در بیمارانی که به طور ناگهانی مصرف داروهای ضد انعقادی را متوقف کرده‌اند روی می‌دهد همچنین در مصرف ضد بارداریهای خوراکی و انواع دیسکرازی‌های خونی به وجود می‌آید. خطر مرتبط با ترومبوز وریدی این است که قسمت‌هایی از لخته می‌تواند جدا شده و موجب انسداد عروق خونی ریه توسط آمبولی شوند ترومبوز وریدی در اندام فوقانی نسبت به اندام تحتانی کمتر شایع است.

1- Virchow's triad

عوامل خطر

- چاقی
- افزایش سن
- مصرف ضد بارداری‌های خوراکی

تظاهرات بالینی

- نیمی از تمام بیماران هیچ نشانه‌ای ندارند علایم و نشانه‌ها غیراختصاصی هستند.
- ادم و تورم اندام ناشی از انسداد وریدهای عمقی پاها.
- پوست روی پای مبتلا ممکن است گرم‌تر شود وریدهای سطحی ممکن است برجسته شوند (سگمان وریدی مشابه طناب).
- ادم دو طرفه ممکن است جهت تشخیص مشکل باشد (کمبود تفاوت اندازه).
- تندرنس دیرتر روی می‌دهد و با لمس ارام پا مشخص می‌گردد.
- علامت هومن (درد ساق پا بعد از دورسی‌فکشن ناگهانی پا) برای ترومبوز ورید عمقی (DRT) اختصاصی نیست زیرا می‌تواند در هر شرایط دردناک ساق پا روی دهد.
- در برخی موارد علایم آمبولی ریه اولین نشانه DVT است.
- ترومبوز وریدهای سطحی موجب درد یا تندرنس، قرمزی و گرما در ناحیه مبتلا می‌شود.
- در ترومبوز وسیع ورید ایلئوفمورال (فلگما سیا سرولا دولنز[1]) تمام اندام‌های تحتانی در لمس به شدت متورم، حساس، دردناک و سرد می‌شوند.

بررسی و روش‌های تشخیص

- تاریخچه مشخص کننده عوامل خطر همچون وریدهای واریسی یا بیماری نئوپلاستیک.
- اولتراسونوگرافی داپلر، ایمپدانس پلتیسموگرافی، تصویربرداری دوپلکس.

1- Phlegmasia cerulea dolens

● غربالگری فیبرینوژن مارک دار شده با I^{125}، فلبوگرافی کنتراست (ونوگرافی).

پیشگیری

پیشگیری به تشخیص عوامل خطر ترومبوز و اموزش به بیمار درباره اقدامات متناسب بستگی دارد

درمان طبی

اهداف درمان عبارتند از: پیشگیری از توسعه و خرد شدن ترومبوز موجود و پیشگیری از عود مجدد

درمان دارویی

● هپارین برای ۵ تا ۷ روز از طریق انفوزیون مداوم یا متناوب داخل وریدی تجویز می‌شود. مقدار آن بر اساس زمان نسبی ترومبوپلاستین (PTT) نسبت به بین‌المللی طبیعی شده (INR) و شمارش پلاکت تنظیم می‌شود. هپارین با وزن مولکولی کم روزانه در یک یا دو تزریق تجویز می‌شود نسبت به هپارین گرانتر اما ایمن‌تر است.

● ضد انعقادهای خوراکی برای مثال، وارفارین (کومادین) با هپارین درمانی تجویز می‌شوند.

● درمان ترومبولیتیک (فیبرینولیتیک) در ۳ روز اول بعد از ترومبوز حاد تجویز می‌گردد. داروهایی همانند استرپتوکیناز، اروکیناز و فعال‌کننده پلاسمینوژن بافتی بکار می‌روند.

● در مدت درمان، PTT، زمان پروترومبین، هموگلوبین، هماتوکریت، تعداد پلاکت و میزان فیبرینوژن بطور مکرر بررسی می‌شوند. دارو درمانی قطع می‌شود اگر خونریزی روی دهد و نتوان آن را متوقف کرد.

● فوندابارینوکس به صورت زیرجلدی برای پیشگیری از جراحی ارتوپدی مهم (جایگزینی هیپ و غیره)

درمان جراحی

ترومبکتومی درمان انتخابی در مواردی است که درمان ضد انعقادی یا ترومبولیتیک منع مصرف دارد خطر آمبولی ریه زیاد است و صدمه دائمی به اندام احتمالاً ایجاد خواهد شد. فیلتر ورید اجوف ممکن است جایگذاری شود.

تدابیر پرستاری

بررسی

- علایم اولیه اختلالات وریدی در اندامهای تحتانی را بررسی کنید.
- تاریخچه در مورد وریدهای واریس، افزایش قدرت انعقاد، بیماری بدخیم، بیماری قلبی ـ عروقی یا جراحی بزرگ اخیر یا صدمه بگیرید.
- از بیمار درباره درد پا، سنگینی و اختلال در عملکرد یا ادم بپرسید.
- پاها را از کشاله ران تا پاها مشاهده کرده و به عدم تقارن توجه کنید و دور ساق پا را اندازه‌گیری کرده و ثبت کنید یک نشانه اولیه ادم، برجسته شدن فضای پشت قوزک پا می‌باشد.
- به هرگونه افزایش در درجه حرارت در پای مبتلا توجه نمایید.
- نواحی تندرنس و تروموز را تشخیص دهید.
- به بیمار در مورد خارج کردن جوراب‌های الاستیک برای فواصل کوتاه حداقل ۲ بار در روز و در شب، مشاهده پوست از نظر علایم تحریک؛ بررسی ساق پا از نظر تندرنس احتمالی و گزارش هرگونه تغییرات پوستی یا علایم تندرنس توضیح دهید.

V

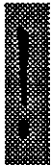
مداخلات پرستاری

فراهم نمودن راحتی

- دستگاههای متناوب فشاری پنوماتیک می‌تواند با جوراب‌های الاستیک برای پیشگیری از DVT استفاده شوند اطمینان یابید که فشارهای تجویز شده افزایش نیابند و از نظر راحتی بررسی شوند.
- استراحت در تخت را توصیه کنید. بیمار را به بالا بردن اندام مبتلا توصیه کنید. جوراب‌های الاستیک تهیه کنید و داروهای مسکن برای درد تجویز

نمایید. برای DVT استراحت در تخت برای ۵ تا ۷ روز بعد از تشخیص را توصیه کنید.

- زمانی که بیمار تحرک را آغاز می‌کند از جوراب الاستیک استفاده کنید؛ به دقت از جوراب استفاده کنید تا از جمع شدن آن و ایجاد حالت تورنیکه پیشگیری شود (موجب محدودیت گردش خون می‌شود).
- راه رفتن را تشویق کنید (بهتر از ایستادن یا نشستن برای دوره‌های طولانی).
- انجام ورزش در تخت همانند دورسی فلکشن پا در مقابل تخته پا را توصیه کنید.
- از کمپرس گرم مرطوب بر عضو مبتلا استفاده کرده تا ناراحتی کاهش یابد.
- با مسکن‌های ملایم طبق دستور، تسکین بیشتر درد را فراهم کنید.



هشدار پرستاری: بیماران سالمند ممکن است برای استفاده مناسب از جوراب‌های الاستیک ناتوان باشند. به اعضای خانواده‌ای که به بیمار در استفاده از جوراب کمک می‌کنند بیاموزید تا آنها از فشار غیر ضروری روی قسمتهایی از پا یا ساق پا اجتناب کنند.

تغییر وضعیت بدن و تشویق ورزش

- هنگام استراحت در تخت به طور دوره‌ای پاها را بالای سطح قلب قرار دهید.
- ورزشهای فعال و غیر فعال پا به ویژه برای عضلات مبتلای ساق پا انجام دهید تا جریان خون قبل و بعد از جراحی افزایش یابد
- جهت کمک به پیشگیری از استاز وریدی تحرک را هر چه سریع‌تر آغاز کنید.
- ورزشهای تنفس عمیق را تشویق کنید زیرا موجب افزایش فشار منفی در توراکس می‌شود که در تخلیه وریدهای بزرگ کمک می‌کند.

بررسی و کنترل عوارض جانبی بالقوه

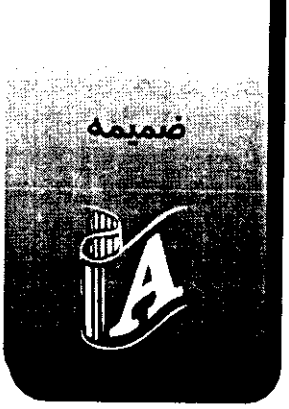
- آزمایش ادرار را از نظر هماچوری بررسی کنید (علامت اولیه سمیت ضدانعقادها).
- برای معکوس کردن اثرات ضد انعقادها با تجویز سولفات پروتامین برای هپارین یا ویتامین K و پلاسمای تازه منجمد شده برای وارفارین آماده شوید.

- ترومبوسیتوپنی ناشی از هپارین را بررسی کنید تعداد پلاکت را به طور منظم بررسی کرده و تعداد کمتر از ۱۰۰۰۰۰^{ml} یا بیش از ۲۵٪ کاهش در تعداد پلاکت را گزارش دهید. نیاز برای افزایش مقادیر هپارین برای حفظ سطح درمانی را گزارش کنید. به عوارض ترومبوآمبولیک و خونریزی توجه کنید تاریخچه حساسیت بیمار به هپارین را گزارش دهید.
- به دقت برنامه دارویی را بررسی کنید، زیرا ضد انعقادهای خوراکی با بسیاری از داروها، گیاهان دارویی و مکمل‌های غذایی تداخل اثر دارند.
- به بیمار بیاموزید که کدام داروها اثر ضد انعقادهای خوراکی را می‌افزایند: سالیسیلات‌ها، استروئیدهای صناعی، هیدرات‌کلرال، گلوکاگون، کلرامفنیکل، نئومایسین، کینیدین و فنیل‌بوتازون (بوتازولیدین). داروهایی که اثر ضد انعقادها را می‌کاهند عبارتند از: فنی‌تونین، باربیتورات‌ها، دیورتیک‌ها و استروژن. اثرات داروها روی بیماران مصرف کننده ضد انعقادهای خوراکی را تشخیص دهید.

آموزش مراقبت از خود به بیمار

- به بیمار چگونگی استفاده از جوراب‌های الاستیک را بیاموزید
- به بیمار در مورد هدف و اهمیت دارو درمانی (مقدار صحیح در زمان مشخص) و نیاز برای بررسی منظم خون جهت تنظیم داروها آموزش دهید.

برای اطلاعات بیشتر به فصل ۳۱، درسنامه پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث، ویرایش دهم ۲۰۰۴ مراجعه کنید.



مقادیر آزمایشگاهی منتخب

آزمایش	واحدهای رایج	واحدهای SI
Alanine aminotransferase (ALT, formelSGPT)	Males :10-40U/mL	Males:0.17-0.68μkat/L
	Females: 8-35 U/mL	Female:0.14-0.60μkat/L
Alkaline phosphatase	50-120 U/L	50-120 U/L
Ammonia(plasma)	15-45μg/dL(varies)	11-32μmol/L
Amylase	60-160 Somogi U/dL	111-296 U/L
Aspartase amino transferase (AST, formlySGOT)	Males: 10-40 U/L	Males: 0.34-0.68μkat/L
	Females: 15-30 U/L	Females: 0.25-0.51μkat/L
Bicarbonate	24-31 mEq/L	24-31mmol/L
Bilibrubin (total)	0.3-1.0mg/dL	5-17μmol/L
Direct	0.1-0.4mg/dL	1.7-3.7μmol/L
Indirect	0.1-0.4mg/dL	3.4-11.2μmol/L
Blood urea nitrogen (BUN)	8-20mg/dL	2.9-7.1mmol/L
Calcium	8.6-10.2 mg/dL	2.5-2.55 mmol/L

Carbon dioxide, arterial(whole blood) partial pressure($PaCO_2$)	35-45 mmHg	4.66-5.99 KPa
Chloride	97-107 mEq/dL	97-107 mmol/L
Creatine kinase (CK,CPK)isoenzyme	35-45mmHg	0.53-4.45μkat/L
Creatine kinase (MB)	<16lU/L$^+$or4% of totalCK	<0.27 μkat/L$^+$
Creatine (serum)	0.7-1.4mg/dL$^+$	64-124 μmol/L$^+$
Gamma-glutamyl-transpeptidase (GGT)	Males: 20-30 U/L$^+$	3.3-6.05mmol/L
	Female: 1-24 U/L	0.02-0.4μkat/L
Glucose (blood)	Fasting: 60-110 mg/dL	3.3-6.05mmol/L
	Postprandial(2h):65-140mg/dL	3.58-7.7mmol/L
Glycosylated hemoglobin (HbA_{Ic})	3.9-6.9%	
Lactate dehydrogenase (LDH) Lipids	90-176 mU/mL	90-176 U/L
Cholesterol	<200 mg/dL(desirable)	<5.2 mmol/L
Triglycerides	<165 mg/dL	<1.65 g/L
Lipase	0-160 U/L$^+$	0.266 μkat/L$^+$
Magnesium	1.3-2.3 mg/dL	0.62-1.0.95 mmol/L

Osmolality	275-300 mOsm/kg	275-300 mmol/kg H_2O
Phosphorus (inorganic)	2.5-4.5 mg/dL	0.8-1.45 mmol/L
Potassium	3.5-5O mEq/L	3.5-5O mmol.L
prostate specific antigen (PSA)	0-4 ng/mL	0-4 μg/L
Protein total	6.0-8.0 g/dL	60-86 g/L
Albumin	3.5-5.5 g/dL	40-55 g/L
Globulin	1.7-3.3 g/dL	17-33 g/L
A/G ratio	1.0-2.2	1.0-2.2
Thyroid Tests		
Thyroxine (T_4)total	5.0-11.O μg/dL	65-138 mmol/L
Thyroxine, free (FT_4)	0.0-2.7 ng/dL	10.3-35pmol/L
Triiodothyronine (T_3) total	70-204 ng/dL	1.08-3.14 nmol/L
Thyroid stimulating hormone (TSH)	0.4-6.0 μU/mL	0.4-4.2 mU/L
Thyroglobin	3-42 ng/mL	3-42 μg/L
Sodium	135-145 mEq/L	135-145 mmol/L
Uric acid	2.5-8 mg/dL	0.15-0 mmol/L
	F. 1.4-5.8 mg/dL	F.80-350 μ mol/L

هماتولوژی

تست	واحدهای رایج	واحد SI
Erythrocyte count (RBC count)	M.4.2-5.4 × $10^6/\mu L$	M.42-5.4 × $10^{12}/L$
	F.3.6-5.0 × $10^6/\mu L$	F.3.6-5.0 × $10^{12}/L$
Hematocrit (HCT)	M.40-50%	M.0.40-050
	F.37-47%	F.0.37-0.47
Hemoglobin (Hb)	M.14.0-16.5 g/dL	M.140-165 g/L
	F. 12.0-15.0 g/dL	F. 120-150 g/L
Mean corpuscular hemoglobin (MHC)	27-34 pg/cell	0.40-0.53 fmol/cell
Mean corpuscular hemoglobin concentration (MCHC)	31-35 g/dL	310-350 g/L
Mean corpuscular volume (MCV)	80-100 fL	
Reticulocyte count	1.0-1.5% total RBC	
Leukocyte count (WBC count)	4.4-11.3 × $10^3/\mu L$	4.4-11.3 × $10^9/L$
Basophils	0-2%	
Eosinophils	0-3%	
Lymphocytes	24-40%	
Monocytes	4-9%	
Neutrophils (segmented (Segs)	47-63%	
Neutrophils (bands)	0-4%	

ضمیمه



تشخیص‌های پرستاری مصوب NANDA

در سالهای ۲۰۰۶-۲۰۰۵

تشخیص‌های پرستاری مصوب NANDA در سال‌های 2006 - 2005

عدم تعادل تغذیه بیشتر از نیاز بدن
عدم تعادل تغذیه کمتر از نیاز بدن
احتمال عدم‌تعادل در تغذیه: بیشتر از نیازبدن
اختلال دفع ادرار
بی‌اختیاری تنشی ادرار
بی‌اختیاری ادراری بازتابی
احتمال عفونت
احتمال بی‌اختیاری ادراری فوری
احتمال عدم تعادل در حرارت بدن
بی‌اختیاری ادرار عملکردی
هیپوترمی
بی‌اختیاری ادرار کامل
تنظیم غیر موثر درجه حرارت
احتمال بی‌اختیاری ادرار فوری
اختلال در بازتابهای خودکار
احتباس ادرار
احتمال اختلال در بازتاب‌های خودکار
پرفیوژن غیر موثر بافتی (نوع خاص: کلیه، مغز، قلبی -ریوی، گوارش
یبوست
اسهال
احتمال عدم تعادل حجم مایع
بی‌اختیاری مدفوع
افزایش حجم مایع
احتمال یبوست
کمبود حجم مایع
احتمال کمبود حجم مایع
اختلال تمامیت بافتی

کاهش برون ده قلب
اختلال غشاء مخاطی دهان
اختلال تبادل گاز
اختلال تمامیت پوست
پاک شدن غیر موثر راه هوایی
احتمال اختلال تمامیت پوست
الگوی غیر موثر تنفس
اختلال در رویش دندان
اختلال در تهویه خودبه‌خودی
کاهش ظرفیت سازگاری داخل جمجمه
اختلال در عملکرد پاسخ تهویه‌ای
اختلال در زمینه انرژی
احتمال صدمه
احتمال مسمومیت
احتمال سقوط
اختلال در ارتباط کلامی
احتمال خفگی
اختلال در تعادل اجتماعی
احتمال تروما
انزوای اجتماعی
احتمال آسپیراسیون
احتمال احساس تنهایی
اجرای غیر موثر نقش
پاسخ آلرژیک
اختلال در تربیت فرزند
احتمال پاسخ آلرژیک
احتمال اختلال در تربیت فرزند
محافظت غیر مؤثر
احتمال اختلال در روابط والد/ نوزاد/ کودک

اختلال در عملکرد جنسی
اختلال در فرایندهای خانواده
ناتوانی در نقش مراقب
احتمال ناتوانی در نقش مراقب
اختلال در عملکرد فرایندهای خانواده: الکلیسم
افکار غیر موثر
تعارض نقش والدین
اختلال در سازگاری خانواده
الگوهای غیر موثر جنسی
ناتوانی خانواده در سازگاری
احتمال دیسترس روحی
سازگاری غیر موثر جامعه
تمایل برای افزایش سلامت روحی
مدیریت غیر موثر برنامه درمانی
عدم تبعیت اختصاصی
سازگاری غیر موثر
مدیریت غیر موثر برنامه درمانی خانواده
اختلال در سازگاری
مدیریت غیر موثر برنامه درمانی جامعه
سازگاری دفاعی
مدیریت موثر برنامه درمانی
تعارض در تصمیم‌گیری اختصاصی
کمبود فعالیت تفریحی
رفتارهای جستجوی سلامتی اختصاصی
اختلال در نگهداری منزل
حفاظت غیرمؤثر از سلامتی
اختلال در تحرک جسمی
تأخیر در بهبودی جراحی
احتمال اختلال در عملکرد عصبی ـ عروقی محیطی

نارسایی بزرگسالان برای رشدونمو
احتمال صدمه وضعیتی پیش از عمل جراحی
اختلال مراقبت از خود از نظر تغذیه
اختلال در راه رفتن
اختلال در بلع
اختلال در حرکت با ویلچر
تغذیه با شیر مادر غیرمؤثر
اختلال در توانایی انتقال
قطع تغذیه با شیر مادر
اختلال در تحرک در بستر
الگوی غیرمؤثر تغذیه نوزاد
اختلال در تحمل فعالیت
کمبود مراقبت از خود از نظر استحمام بهداشت خستگی
کمبود مراقبت از خود از نظر لباس پوشیدن / بهداشت
احتمال عدم تحمل فعالیت
کمبود مراقبت از خود از نظر آرایش کردن، مرتب کردن خستگی
احتمال تاخیر در رشد و تکامل
احتمال عدم تحمل فعالیت
احتمال رشد نامتناسب
اختلال در الگوی خواب
سندرم تنش ناشی از جابه جایی و تغییر محل
محرومیت از خواب
احتمال سندرم نقش تغییر محل
احتمال رفتار آشفته و مختل نوزاد
احتمال کاهش قدرت
رفتار آشفته و مختل نوزاد
آمادگی برای افزایش رفتار سازمان یافته نوزاد

کمبود آگاهی اختصاصی
تعجب کردن
سندرم اختلال در تفسیر محیط
گیجی حاد
اختلال در تصویر ذهنی از جسم خویش
گیجی مزمن
کاهش مزمن اعتماد به نفس
اختلال در فرایندهای تفکر
کاهش موقعیتی اعتماد به نفس
اختلال در حافظه
کاهش موقعیتی اعتماد به نفس
احتمال کاهش موقعیتی اعتماد به نفس
درد حاد
اختلال در هویت فردی
درد مزمن
اختلال در درک حسی اختصاصی: بینایی، شنوایی درک موقعیت چشایی، لمس، بویایی
تهوع
غفلت یک طرفه
اختلال عملکردی در سوگواری
ناامیدی
اضطراب مرگ
احتمال خشونت به خود
ترس
احتمال خودکشی
سندرم بعد از تروما
سندرم بعد از تجاوز
سندرم بعد از تجاوز: واکنش مصالحه
سندرم بعد از تجاوز: واکنش سکوت



مخفف‌ها و مترادف‌های کلیدی

توجه: این نمونه‌ها ممکن است از مرکزی به مرکز دیگر فرق کند

A		
AAFP	American Academy of Family Physicians	آکادمی آمریکایی پزشکان خانواده
AALPN	American association of Licensed Practical Nurses	انجمن آمریکایی پرستاران بالینی کارشناسی
AAMI	age associated memory impairment	اختلال حافظه مرتبط با سن
AAP	American Academy of Pediatricians	آکادمی آمریکایی متخصصان کودکان
AARP	American Association of Retired Persons	انجمن آمریکایی افراد بازنشسته
AB	abortion	سقط
Ab	antibody	آنتی بادی
ABCDE	airway and cervical spine, breathing, circulation, disability, exposure	راه هوایی و نخاع گردنی، تنفس، گردش خون، ناتوانی، در معرض مشاهده

ABG	arterial blood gas	گاز خون شریانی
ABP	acute bacterial prostatitis	پروستاتیت باکتریال حاد
AC	Adriamycin and Cytoxan	آدریامایسین و سایتوکسان
ACE	all-cotton elastic	الاستیک تمام کتان
ACE	angiontensin-converting enzyme	آنزیم تبدیل‌کننده آنژیوتانسین
ACIP	Advisory Committee on Immunization Practices	کمیته مطالعه در مورد فعالیتهای ایمن سازی
ACIP	Advanced Cardiac Life Support	حمایت از زندگی بیماران قلبی پیشرفته
ACS	American Cancer Society; Ambulatory Care Sensitive	انجمن سرطان آمریکا؛ مراقبت سرپایی حساس
ACTH	aderenocotricotropic hormone	هورمون آدرنوکورتیکوتروپین
AD	advance directive	رهنمود پیشرفته
ADA	American Diabetes Association	انجمن دیابت آمریکا
	ADAMHA Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration	اداره الکل، سوء مورد مصرف دارو و بهداشت روان
ADC	ALDS dementia complex	ایدز همراه با دمانس
ADDH	attention deficit disorder with hyperactivity	اختلال کمبود توجه همراه با بیش فعالی
ADH	antidiuretic hormone	هورمون ضد ادراری
ADHD	attention deficit hyperactivity disorder	اختلال کمبود توجه هیپراکتیو
ADL	activites of daily living	فعالیتهای روزانه زندگی
AEA	above-the-elbow amputation	آمپوتاسیون بالای آرنج
AEB	as evidenced by	براساس شواهد

AED	*automated external defibrillator*	دفیبریلاتور خارجی خودکار
AFP	alpha-fetoprotein	آلفافتوپروتئین
Ag	antigen	آنتی ژن
AGA	appropriate for gestational age	متناسب برای سالمندی
AHA	American Hospital Association	انجمن بیمارستان آمریکا
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research	موسسه برای سیاست مراقبت بهداشت و تحقیق
AI	adequate intake	دریافت کافی
AICD	cardioverter-defibrillator automatic implantable	دفیبریلاتور- کاردیوورتراتوماتیک قابل کاشت
AIDS	Acquird immunodeficiency syndrome	سندرم نقص ایمنی اکتسابی
AJN	American Journal of Nursing	مجله آمریکایی پرستاری
AKA	above-the-Knee amputation, also Known as	آمپوتاسیون بالای زانو
ALL	acute lymphocytic leukemia	لوسمی لنفوسیتی حاد
ALS	amyotrophic lateral sclerosis	اسکلروز آمیوتروفیک لترال
ALT	aspartate aminotransferase (formerly SGOT)	آسپارتات آمینوترانسفراز (معروف به SGOT)
AMA	American Medical Association; against medical advice	انجمن پزشکی آمریکا؛ برخلاف توصیه پزشکی
AML	acute myelogenous leukemia	لوسمی میلوژنوس حاد
ANA	American Nurses Association	انجمن پرستاران آمریکا؛ برخلاف توصیه پزشکی

ANCC	American Nurses Credentialing Center	مـرکز صـلاحیت پـرستاران آمریکا
ANP	atrial natriuretic peptide	پپتید ناتریورتیک دهلیزی
ANS	autonomic nervous system	سیستم عصبی خودکار
AP	anteroposterior; apical pulse; anterior-poste-rior	نبض اپلیکال؛ قدامی ـ خـلفی قدامی ـ(ترمیم)؛ تجاوز جنسی (حماسه)
	(repair); assault precautions (attack)	● A = ظاهر رنگ؛ P = نبض
	APGAR A=appearance (color); P= pulse (heart rate); G=grimace or reflexes (irritability); A=activity (muscle tone); R=res-piratory effort	(تعداد ضربان قـلب) G = یـا بازتابهای (تحریک پذیری)؛= A فعالیت (تن عضلانی)؛R = تلاش تنفسی
APHA	American Public Health Association	انـجمن بـهداشت هـمگانی آمریکا
APIE	assessment, plan, intervention, evaluation	بررسی، برنامه‌ریزی، اقدامات، ارزشیابی
APTT	activated partial thromboplastin time	زمـان نسـبی تـرومبوپلاستین فعال شده
A-R	apical-radial (pulse)	(نبض) اپیکال ـ رادیال
ARC	American Red Cross	صلیب سرخ آمریکا
ARDD	developmental disability alcohol-related	ناتوانی تکاملی مرتبط با الکل
ARDS	adult respiratory distress syndrome	سندرم دیسترس تنفسی بالغین
ARND	neurodevelopmental disorder alcohol-related	اختلال تکامل عصبی مرتبط با الکل

AROM	active range of motion, artificial rupture of the membranes	حرکت فعال در دامنه‌حرکتی؛ پارگی مصنوعی غشاء
ARRP	anatomic retropubic radical prostatectomy	پروستاتکتومی رادیکال رتروپوبیک تشریحی
ART	Accredited Record Technician	تکنسین ثبت رسمی
AS	sickle cell trait	صفت سلول داسی شکل
ASA	acetylsalicylic acid (aspirin)	استیل سالیسلیک اسید (آسپرین)
ASD	atrial septal defect, autism spectrum disorders	نقص دیواره بین دهلیزی ؛ طیفی از اختلالات اوتیسم
ASO	antistreptolysin O titer	تیتر آنتی‌استرپتولیزین O
AST	aspartate aminotransferase	آسپارتات آمینوترانسفراز
ASU	Ambulatory Surgery Unit	واحد جراحی سرپایی
ATF	Alcohol, Tobacco, and Firearms	الکل، تنباکو، سلاح گرم
ATLS	Advanced Trauma Life Support	حمایت از زندگی در ترومای پیشرفته
ATN	acute tubular necrosis	نکروز حاد توبولی
ATP	adenosine triphosphate	آدنوزین‌تری فسفات
AV	atrioventricular	دهلیزی ـ بطنی
AVPU	Alert, Verbal, Pain response, unresponsive	هوشیار، پاسخ کلامی، پاسخ به درد، بدون پاسخ
AWOL	absent without leave	غایب بدون ترک
AX	axillary	زیر بغل

B

BAL in Oil	dimercaprol	دیمرکاپرول
BBB	blood-brain barrier	سدخونی ـ مغزی
BBP	blood-borne pathogens	پاتوژنهای خون
BCG	bacille Calmette-Guerin	باسیل کالمت و گرین
BCLS	Basic Cardiac Life Support	حمایت از زندگی قلبی پایه
BCP	birth control pill	قرص ضد بارداری
BE	barium enema x-ray	رادیوگرافی باریم انما
BEA	below-the-elbow amputation	آمپوتاسیون زیر آرنج
BIDS	bedtime insulin and daytime sulfonylureas	انسولین زمان خواب و سولفونیل اوره روزانه
BKA	below-the-knee amputation	آمپوتاسیون زیر زانو
BLL	blood lead level	سطح سرب خون
BLS,BCLS	Basic(Cardiac) Life Support	حمایت از زندگی پایه (قلبی)
BM	bowel movement	حرکت روده
BMI	Body Mass Index	شاخص توده بدنی
BMT	bone marrow transplantation	پیوند مغز استخوان
BOA	born out of asepsis	عمل کردن خارج از ضد عفونی
BOH	Board of Health	بورد بهداشت
BP	blood pressure	فشار خون
BPAD	bipolar affective disorder	اختلال عاطفی دو قطبی
BPD	bipolar disorder	اختلال دو قطبی
BPH	benign prostatic hyperplasia	هیپرپلازی خوش‌خیم پروستات
BPM	beats per minute	تعداد ضربه در دقیقه
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale	مقیاس درجه بندی روانی خلاصه

BRAT	bananas, rice, applesauce, toast	موز، برنج، آب سیب، نان تست
BRM	biologic response modifiers	تعدیل‌کننده پاسخ بیولوژیک
BRP	bathroom privileges	مزیتهای حمام
BS	bowel sounds	صداهای روده
BSC	bedside commode	کمر کنار تخت
BSE	breast self-examination	خود آزمایی پستان
BUN	blood urea nitrogen	نیتروژن اوره خون

C

C	Celsius; centigrade	سلسیوس؛ سانتی‌گراد
C & S	(blood culture and sensitivity	کشت و حساسیت(خون)
C2, C3, etc.	cevical section of the spinal cord	قسمت گردنی طناب نخاعی
Ca^{++}	calcium	کلسیم
$Ca_3[PO_4]_2$	calcium phosphate	فسفات کلسیم
CABG	coronary artery bypass grafting	بای پس گرافت شریان کرونری
$CaCL_2$	calcium chloride	کلسیم کلراید
$CaCO_3$	calcium carbonate	کربنات کلسیم
CAD	coronary artery disease	بیماری شریان کرونر
CAF	Cytoxan, Adriamycin, fluorouracil	سایتو کسان، آدریامایسین، فلوئوراوراسیل
CAPD	continuous ambulatory peritoneal dialysis	دیالیز مداوم صفاتی
CAT	computerized adaptive testing	بررسی تطبیقی کامپیوتری

CBBC	complete blood count	شمارش کامل خون
CBE	charting by exception	رسم نمودار بر اساس استثنا
CBBP	Chronic bacterial prostatitis	پروستاتیت مزمن باکتری
cc	cubic centimeter	سانتی متر مکعبی
CC	chief complaint	شکایت اصلی
CCP	clinical care pathway	مسیر مراقبت بالینی
CCU	coronary care unit	واحد مراقبت کرونری
CCU/CICU	coronary care unit/ coronary intensive care unit	واحد مراقبت کرونری/ واحد مراقبت ویژه کرونری
CD	chemical dependency	وابستگی شیمیایی
CD4	helper T lymphocytes	لنفوسیت T کمک کننده
CDC	Centers for Disease Control and pervention	مراکزی برای کنترل و پیشگیری از بیماری
CDU	chemical dependency unit, clinical decision unit	واحد وابستگی شیمیایی، واحد تصمیم‌گیری بالینی
CEA	carcinoembryonic antigen; cultured epithe-lial autografts	آنتی ژن کارسینوآمبریونیک اتوگرافت اپیتلیال کشت شده
CEH	continuing education hour	ساعت آموزش مداوم
CEU	continuing education unit	واحد آموزش مداوم
CF	cystic fibrosis	فیبروزکستیک
CHAP	Community Health Accreditation Program	برنامه اعتبار نامه بهداشت جامعه
CHC	community health center	مرکز بهداشت جامعه
CHD	coronary heart disease	بیماری کرونری قلب
CHF	congestive heart failure	نارسایی احتقانی قلب
CHHA	Certified Home Health Aide	کمک بهداشت در منزل کارآموخته
CHO	Carbohydrates	کربوهیدراتها

CIC	crisis intervention center	مرکز اقدامات بحرانی
CICU	coronary intensive care unit	بخش مراقبت ویژه کرونری
CK	creatine kinase	کراتین کیناز
Cl	choride	کلراید
CLL	chronic lymphocytic leukemia	لوسمی لنفوسیتی مزمن
CLTC	Citizens for Long - Term Care	شهروندان برای مراقبت طولانی مدت
CM	case/care manager	مدیر مراقبت موردی
CMF	Cytoxan, methotrexate, fluorouracil	سایتوکسان، متوترکسات، فلوراوراسیل
CMG	cystometrogram	سیستو متروگرام
CML	chronic myelogenous leukemia	لوسمی میلوژنوس مزمن
CMMS	Medicare and Medicaid Services	خدمات مدیکیرومدیکید
CMS	color, motion, sensitivity (circulation, mobility, sensation)	رنگ، حرکت، حساسیت (گردش خون تحرک و حس)
CMV	cytomegalovirus	سایتو مگالوویروس
CNM	Certified Nurse MIdwife	پرستار مامائی دارای گواهینامه
CNO	Community Nursing Organization	سازمان پرستاری جامعه
CNS	central nervous system	سیستم عصب مرکزی
CO	cardiac output	برون ده قلب
CO2	carbon dioxide	دی‌اکسیدکربن
COA	children of alcoholics; coarctation of the aorta	کودکان اکلیک؛ تنگی آئورت
COAs	children of alcoholice	کودکان اکلیک

COLD	chronic obstructive lung disease	بیماری مزمن انسدادی ریه
COPs	pulmonary disease	
	Conditions of Participation (Medicare requirements)	شرایط مشارکت (نیازهای مدیکیر)
COTA	Certified Occupational Therapy Assistant	کمک درمانگر دارای گواهینامه
CP	cardipulmonary; cerebral palsy	قلبی عروقی؛ فلج مغزی
CPAP	continuous positive airway pressure	فشار مثبت مداوم راه هوایی
CPD	cephalopelvic disproportion	عدم تناسب سر با لگن
CPK	creatine phosphokinsase	کراتین فسفوکیناز
CPM	continuous passive motin	حرکت غیر فعال مداوم
CPR	cardiopulmonary ressucitation	احیای قلبی ـ ریوی
CPT	chest physiotherapy	فیزیوتراپی قفسه سینه
CQI	contiguous (or cotinuous)quality improvement	بهبود دائم کیفیت
CRH	corticotropin-releasing hormone	هورمون آزاد کننده کورتیکو تروپین
CRNA	Certified Registered Nurse Anesthetist	پرستار بیهوشی دارای گواهی ثبت شده
CRNH	Certified Registered Nurse-Hospice	پرستار آسایشگاه دارای گواهی ثبت شده
CRP	C-reactive protein	پروتئین فعال C
CRU	Coronary Rehabilitation Unit	واحد نوتوانی کرونی
Cryo	cryoprecipitate	کرایو پرسیپیتیت

CS	complete stroke; cardiac sphincter	سکته کامل؛ اسفنکتر قلبی
CSF	cerebral spinal fluid; colony-stimulating factors	مایع مغزی ـ نخاعی؛ عوامل محرکی کلونی
CSR,CSS	Central Supply Room, Central Service Supply	اتاق تدارک مرکزی، خدمات تدارکی مرکزی
CT	Computed tomography	توموگرافی کامپیوتری
CUC	chronic ulcerative colitis	کولیت اولسراتیو مزمن
CVA	cerebrovascular accident	حادثه عروق ـ مغزی
CVP	central venous pressure	فشار ورید مرکزی
CVS	chorionic villus sampling	نمونه‌ای از ویلوس کیسه جنینی
CXR	chest x-ray	رادیوگرافی قفسه سینه

D

D & C	dilatation and curettage	اتساع و کورتاژ
D/2NS5%	dextrose in half-normal saling (0.45%NS)	دکستروز در نیم نرمال سالین (NS ٪۰/۴۵)
D/C	discontinue	قطع مصرف
D5NS5%	dextrose in normal saline (0.9% NS)	دکستروز در نرمال سالین (NS٪۰/۹)
D5W5%	dextrose in sterile water	دکستروز در آب استریل
DAPE	data, assessment, plan, evaluation	اطلاعات، بررسی، برنامه‌ریزی، ارزشیابی
DAPE	data, action, response, education	اطلاعات، عمل، پاسخ، آموزش
DAT	diet as tolerated	رژیم غذایی در حد تحمل
Db	decibel	دسی بل

DBP;dBP	diastolic blood pressure	فشار خون دیاستولیک
DCH	District court hold	تشکیل دادگاه حوزه
DCT	distal convoluted tubule	توبول دیستال پیچ در پیچ
DDST	Denver Developmental Screening Test	آزمون غربالگری تکاملی دنور
DEA	Drug Enforcement Agency	موسسه اجرایی دارو
DEP	Department of Environmental protection	سازمان حفاظت محیط زیست
DERM	dermatology	درماتولوژی
DES	diethylstilbestrol	دی‌اتیل استیل بسترول
DIC	dissminated intravascular coagulation	انعقاد منتشر داخل عروق
DISCUS	Dyskinesia Identification System-Con densed User Scale	سیستم تعیین دیس کینزیا
DJD	degenerative joint disease	بیماری دژنراتیو مفصل
DKA	diabetic ketoacidosis	کتواسیدوز دیابتی
DL	deciliter	دسی لیتر
DMAT	Disaster Medical Assistance Team	تیم کمک پزشکی بحران
DMD	Duchenne muscular dystrophy	دیستروفی عضلانی دوشن
DME	Durable Medical Equipment	وسایل پزشکی با دوام
DMSA	2.3-dimercaptosuccinic acid	۲،۳ـ دی مرکاپتوساکسینک اسید
DNA	deoxyribonucleic acid	دی‌اکسی‌ریبونوکلئیک اسید
DNH	do not hospitalize	عدم‌بستری
DNI	do not intubate	عدم لوله گذاری داخل تراشه
DNR	do not resuscitate	عدم احیاء

DOA	Department of Agriculture	سازمان کشاورزی
DOH	Department of Health	سازمان بهداشت
DOL	Department of Labor	سازمان کارگر
DRF	drip rate factor	عامل تعیین میزان سرم
DRG	diagnosis-related group	گروه مرتبط با تشخیص
DRI	dietary reference intake	دریافت منبع غذایی
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental	بررسی تشخیص و آماری اختلال
	Disorders, Revision IV	روان، اصلاح IV
DT	diphtheria and tetanus toxoids	توکسوئیدی دیفتری و کزاز
DTAD	drain tube attachment dvice	دستگاه متصل به لوله درن
DtaP	diphtheria, tetanus, acellular pertussis	دیفتری، کزاز، سیاه سرفه
DTP	diphtheria and tetanus toxoids and pertussis vaccine	واکسن توکسوئیدهای دیفتری و کزاز و سیاه سرفه
DVR	Division of Vocational Rehablitation	بخش نوتوانی حرفه‌ای
DVT	deep vein thrombosis	ترومبوز وریدی عمقی

E

EAR	estimated average requirement	میانگین نیاز تخمین زده شده
EC	emergency cotraception	پیشگیری از بارداری اورژانسی
ECF	extended care facility; extracellular fluid	مرکز مراقبت وسیع؛ مایع خارج سلولی
ECG (EKG)	electrocardiogram	الکروکاردیوگرام

ECT	electroconvulsive therapy	درمان شوک الکتریکی
ED	emergency department; erectile dysfunction	بخش اورژانس، اختلال در عملکرد نعوظی
EDC	estimated date of confinement	تخمین تاریخ زایمان
EDD	Estimated date of delivery	تعیین تاریخ زایمان
EDTA	edetate calcium disodium	ادتات کلسیم دی سدیم
EEG	electroencephalogram	الکتروآنسفالوگرام
EGD	esophogogastroduodenoscopy	ازوفاگوگاسترودئونوسکوپی
EHS	Employee Health Service	کارکنان خدمات بهداشتی
e-IPV	enhanced potency inactivated poliovirus vaccine	واکسن پلی‌ویروس غیر فعال با قدرت زیاد
ELISA	enzyme-linded immunosorbent assay	بررسی آنزیم متصل به ایمنوسوربنت
EMB	ethambutol	اتامبوتاول
EMG	electromyogram	الکترومیوگرام
EMS	Emergency Medical Services	خدمات طب اورژانس
EMT	Emergency Medical Technician	تکنسین طب اورژانس
ENG	electronystagmography	الکترونیستاگموگرافی
EP	escape (elopement) precautions	احتیاطات فرار
EPA	Environmental Protection agency	موسسه حفاظت از محیط زیست
EPO	erythropoietin	اریتروپوئیتین
EPS	eletrophysiology study	بررسی الکتروفیزیولوژی
EPSE	extrapyramidal side effects	عوارض جانبی اکستراپیرامیدال

ERCP	endoscopic retrograde cholangiopancre atography	کلانژیوپانکراتوگرافی راتروگرید به روش اندوسکوپی
ERG	electroretinogram	الکترورتینوگرام
ERT	estrogen replacement therapy	درمان جایگزینی استروژن
ERV	expiratory reserve volume	حجم ذخیره بازدمی
ESR	erythrocyte sedimentation rate	سرعت سدیمانتاسیون خون
ESRD	end-stage renal disease	بیماری کلیه در مرحله انتهایی
ESWL	extracorporeal shock wave lithotripsy	لیتوتریپس با موج شوک خارج بدن
ET	enterostomal therapist	درمانگر استومای روده
ETOH	ethanol (alcohol)	اتانول (الکل)
ETOH W/D	alcohol withdrawal	ترک الکل

F

F	Fahrenheit	فارنهایت
FADL	Functional activities of daily livig	فعالیتهای عملکردی روزانه زندگی
FAM	fertility awareness method	روش آگاهی باروری
FAS	fetal alcohol syndrome	سندرم جنین الکلی
FBP	fetal biophysical profile	تاریخچه بیوفیزیکی جنین
FBS	fasting blood sugar (fasting blood glucose)	قند خون ناشتا گلوکز خون ناشتا
FDA	Food and Drug Administration	اداره غذا و دارو
Fe^{++}	iron	آهن

FES	functional electrical stimulation	تحریک عملکردی الکتریکی
FFP	fresh-frozen plasma	پلاسمای منجمد تازه
FHC	family health center	مرکز بهداشت خانواده
FHR	fetal heart rate	تعداد ضربان قلب جنین
FHT	fetal heart tones	صدای ضربان قلب جنین
FPG	fasting plasma glucose	گلوکز پلاسمای ناشتا
FQHC	Federally Qualified Healthcare	مراقبت بهداشتی مشروط از نظر فدرال
FRC	functional residual capacity	ظرفیت باقیمانده عملکردی
FRC	functional residue volume	حجم باقیمانده عملکردی
FSH	follicle-stimulating hormone	هورمون محرک فولیکول
FTT	failure to thrive	نارسایی برای رشد و نمو
5-FU	5-fluorouracil	۵ـفلورواوراسیل
FVD	fluid volume deficit	کمبود حجم مایع
FVE	fluid volume excess	افزایش حجم مایع

G

G	gauge	وسیله اندازه‌گیری
GABHS	group A beta-hemolytic streptococcus	استرپتوکوک بتاهمولتیک گروه A
GCS	Glasgow Goma Scale	مقیاس اغمای گلاسکو
GCS	Gestational diabetes mellitus	دیابت قندی حاملگی
GERD	gastroesophageal reflux disease	بیماری رفلاکس معده به مری
GERI	geriatrice	سالمندی
GFR	glomerular filtration rate	سرعت فیلتراسیون گلومرولی
GH	growth hormone	هورمون رشد

GHIH	growth hormone-inhibiting hormone	هورمون مهارکننده هورمون رشد
GI	gastrointestinal	مری- روده‌ای
GI tract	gastrointestinal tract	مجرای گوارش
GnRH	gonadotropin-releasing hormone	هورمون آزادکننده - گونادوتروپین
G6PD	glucose 6-phosphodehydrogenase	گلوکز ۶-فسفودهیدروژناز
GHRH	growth hormone-releasing hormone	هورمون آزادکننده هورمون رشد
GTT	glucose tolerance test	تست تحمل گلوکز
G-Tube	gastrostomy (tube)	گاستروستومی (لوله)
GU	genitourinary	تناسلی - ادراری
GYN	gynecology	ژنیکولوژی

H

H^+	hydrogen ion	یون هیدروژن
H flu	Haemophilus influenzae	هموفیلوس آنفولانزا
H_2CO_3	carbonic acid	اسیدکربنیک
H_2O, HOH	water	آب
HAS	Health Services Administration	اداره خدمات بهداشت
HAV	hepatitis A virus	هپاتیت ویروس A
HAZMAT	hazardous materials	مواد خطرناک
HbA_{ic}	glycosylated hemoglobin	هموگلوبین گلیکوزیله

HBD	hydroxybutyric dehydrogenase	هیدروکسی بوتیریک دهیدروژناز
HBO	hyperbaric oxygenation	اکسیژناسیون هیپر باریک
HBV	hepatitis B virus	ویروس هپاتیت B
HCA	Health Care Assistant	کمک مراقبت بهداشتی
HCFA	Health Care Financing Association (payor source)	انجمن مالی مراقبت بهداشتی (منبع پرداخت کننده)
HCG	human chorionic gonadotropin	گونادوتروپین کوریونیک انسانی
HCL	hydrochloric acid	اسید هیدروکلریک
HCO_3	bicarbonate	بی‌کربنات
H_{ct}	hematocrit	هماتوکریت
HCTZ	hydrochlorothiazide	هیدروکلروتیازید
HCV	hepatitis C virus	ویروس هپاتیت C
HD	Hodgkins disease, Huntingtons disease	بیماری هوچکین، بیماری هانتینگتون
HDL	high-density lipoprotein	لیپوپروتئین با دانسیته بالا
HDV	hepatitis D virus	ویروس هپاتیت D
HEV	hepatitis E virus	ویروس هپاتیت E
HFCS	high-fructose corn syrup	شربت غلات با فروکتوز زیاد
Hgb,Hb	hemoglobin	هموگلوبین
HGF	hematopoietic factor	عامل هماتوپوئیتیک
HGV	hepatitis G virus	ویروس هپاتیت G
HHA	Home Health Aide	کمک بهداشت در منزل
HHRG	Home Health Resource Group	گروه منبع بهداشت در منزل
HHS	Department of Health and Human Services	سازمان خدمات بهداشتی و انسانی

HI	homicidal ideation	تصور آدمکشی
Hib	Haemophilus influenzae type B conjugate vaccine	واکسن کنژوگه هموفیلوس آنفولانزای نوع B
HICPAC	Hospital infection Control Practices Advisory Committee	کمیته مشاوره‌ای اقدامات برای کنترل عفونت بیمارستان
HIS	Indian Health Service	خدمات بهداشتی بومی آمریکا
HIV	human immunodeficiency virus	ویروس نقص ایمنی انسان
HIV-RNA	viral Load of HIV	بار ویروسی HIV
HMO	health maintenance organization	سازمان حفظ سلامتی
HNP	herniated nucleus pulposus	فتق نوکلئوس پولپوزوس
HOSA	Health Occupations Students of America	دانشجویان کادر بهداشت آمریکا
hPL	human placental lactogen	لاکتوژن جفتی انسان
H_2PO_4	Phosphat	فسفات
HPV	human papillomavirus	پاپیلوما ویروس انسان
HR	heart rate	تعداد ضربان قلب
HRT	hormone replacement therapy	درمان جایگزینی با هورمون
HS	hour of sleep	ساعت خواب
HSV-1	herpes simplex virus type 1	ویروس هرپس سیمپلکس نوع ۱
HSV-2	herpes simplex virus type 2	ویروس هرپس سیمپلکس نوع ۲
HTN	hypertension	هیپرتانسیون
HUS	hemolytic uremic syndrome	سندرم اورمی همولیتیک

I

IADL	instrumental activities of daily living	فعالیت‌های موثر روزانه زندگی
IBD	inflammatory bowel disease	بیماری التهابی روده
IBS	irritable bowel syndrome	سندرم روده تحریک‌پذیر
IBW	ideal body weight	وزن ایده‌آل بدن
IC	interstitial cystitis, inspiratory capacity	سیستیست بینابینی ظرفیت دمی
ICD	implantable cardioverter-defibrillator	دفیبریلاتور- کاردیو ورترکاشتنی
ICF	intermediate care facility	مرکز مراقبت بینابینی
ICN	International Council of Nurses	انجمن بین‌المللی پرستاران
ICP	intracranial pressure	فشار داخل جمجمه
ICP	increased intracranial pressure	افزایش فشار داخل جمجمه
ICSH	interstitial cell-stimulating hormone	هورمون محرک سلول بینابینی
ICU	intensive care unit	بخش مراقبت ویژه
ID	identification	هویت
IDDM	insulin-dependent diabetes mellitus	دیابت قندی وابسته به انسولین
IDG	interdisciplinary group	گروه با همکاری بین رشته‌ای
IDT	interdisciplinary team	تیم با همکاری بین رشته‌ای
IFG	impaired fasting glucose	اختلال گلوکز ناشتا
IFN	interferon	اینتروفرون
IF	immune globulins	ایمنوگلبولینها
IgG	immunoglobulin E	ایمنوگلبولین E

IgG	gamma immunoglobulin (gamma globulin)	گاماایمنوگلبولین (گاما گلبولین)
IGH	impaired glucose homeostasis	اختلال در هموستاز گلوکز
IGT	impaired glucose tolerance	اختلال تحمل گلوکز
II	intellectual impairment	اختلال در قدرت تعقل
IICP	increased intracranial pressure	افزایش فشار داخل جمجمه
IL	interleukin	اینترلوکین
InFeD	iron dextran	دکستران آهن
INH	isoniazid	ایزونیازید
I & O	intake and output	جذب و دفع
LOL	intraocular lens	لنز داخل چشمی
LOL implant	intraocular lens implant	کاشت لنز داخل چشمی
IOP	intraocular pressure	فشار داخل چشم
IPPB	intermittent positive-pressure breathing	تنفس با فشار مثبت متناوب
IQ	inteligence quotient	بهره هوش
IR	infrared (rays)	مادون قرمز (اشعه)
IRV	inspiratory reserve volume	حجم ذخیره دمی
ITP	idiopathec thrombocytopenic purpura	پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایدیپوپاتیک
IUD	intrauterine device	دستگاه داخل رحمی
IV	intravenous	داخل وریدی
IVC	inferior vena cava	ورید اجوف تحتانی
IVD	intervertebral disk disease	بیماری دیسک بین مهره‌ای
IVF	invitro fertilization	باروری در آزمایشگاه
IVIG	intravenous immune globulin	ایمنوگلبولین داخل وریدی

IVP	intravenous pyelogram	پیلوگرام داخل وریدی
IVPB	intravenous Piggyback	تزریق داخل وریدی

J

J tube	jejunostomy tube	لوله ژژنوستومی
JCAHO	Joint Commission on accerditation of Healthcare Organizations	نمایندگی منصوب سازمان‌های مراقبت بهداشتی
JGA,JG apparatus	juxtaglomerular apparatus	دستگاه کستاگلومرولی
JP	Jackson Pratt (drains)	پرات جکسون (درنها)
JRA	juvenile rheumatoid arthritis	آرتریت روماتوئید نوجوانان

K

K^+	potassium	پتاسیم
Kcal,C	Kilocalorie	کیلوکالری
KCL	potassium chloride	کلرید پتاسیم
KOH	potassium hydroxide	هیدروکسید پتاسیم
KUB	kidney - ureters - bladder x-ray	رادیوگرافی کلیه - حالب - مثانه
L1,L2,etc	level of lumbar area of the spinal cord	سطح ناحیه کمر از طناب نخاعی
LAD	left anterior descending	نزولی قدامی چپ
LASIK	laser-assisted in situ keratomileusis	کراتومیلوزیس درجا مرتبط با لیزر
LATCH	L=latch; A= audible swallowing, T=type of nipple; C= comfort (breast/ nipple); H= hold	L = بسته؛ A = بلع قابل سمع؛ T = نوع نوک پستان؛ C = راحت (پستان / نوک پستان)؛ H = نگهداشتن (وضعیت

	(positioning)	قرارگیری)
LBW	low birthweight	نوزاد کم وزن
LCA	left coronary artery	شریان کرونری چپ
LCX	left circumflex	شریان چرخشی چپ
LDH	lactic dehydrogenase	لاکتیک دهیدروژناز
LDL	low - density lipoprotein	لیپوپروتئین با چگالی کم
LDRP	labor/delivery/recovery/postpartum room	اتاق لیبر / زایمان / بهبودی بعد از زایمان
LEEP	loop electrosurgical excision procedure	برش حلقه‌ای به روش الکتروسرجری
LEP	laparoscopic extraperitoneal approach	رویکرد لاپاراسکوپیک خارج پریتوان
LES	lower esophageal sphincter	اسفنلتر تحتانی مری
LFT	liver function tests	آزمون‌های عملکرد کبدی
IGA	large for gestational age	بزرگ برای سن حاملگی
LH	luteinizing hormone	هورمون لوتئینه
LLQ	left lower quadrant	ربع تحتانی چپ
LMCA	left main coronary artery	شریان کرونری میانی چپ
LMP	last menstrual period	آخرین دوره قاعدگی
LNMP	last normal menstrual period	آخرین دوره قاعدگی طبیعی
LOC	level of consciousness	سطح هوشیاری
LP	lumbar puncture	لومبار پانکچر
LPM,L/min	liters per minute	لیتر در دقیقه
LPN/LVN	Licensed Practical Nurse/ Licensed Vocational Nurse	پرستار بالینی، پرستاری حرفه‌ای دارای مجوز
LQR/LSR	locked quiet room, ocked seclusion room	اتاق در بسته آرام، اتاق ایزوله بسته

LS ratio	lecithin- sphingomyelin ratio	نسبت لسیتین اسفنگومیلین
LSD	lysergic acid diethylamide	لیزرجیک اسیدی دی‌اتیل‌امید
LT	leukotriene	لکوترین
LTB	laryngotracheobronchitis	التهاب حنجره، تراشه، برونش
LTC	long - term care	مراقبت طولانی مدت
LUQ	left upper quadrant	ربع فوقانی چپ

M

MABP	mean arterial blood pressure	میانگین فشار خون شریانی
MAC	mycobacterium avium complex	کمپلکس مایکوباکتریوم آویوم
MAP	mean arterial pressure	میانگین فشار شریانی
MAR	Medication Administration Record	پرونده تجویز دارو
MAST	military antishock trousers	شلوارهای ضد شوک ارتشی
MCHB	maternal child health Bureau	اداره بهداشت مادر و کودک
MD	muscular dystrophy	دیستروفی عظلانی
MDD	major depressive disorder	اختلال افسردگی شدید
MDI	metered - dose inhaler	دستگاه استنشاق دارو با مقدار اندازه‌گیری شده
MDS	Minimum Data Set	مجموعه حداقل اطلاعات
mEq	milliequivalents	میلی اکی‌والان
mEq/L	milliequivalents per liter	میلی اکی‌والان در لیتر
$Mg;Mg^{++}$	magnesium	منیزیم
MG	myasthenia gravis	میاستنی گراویس
mg/dL	milligrams per deciliter	میلی‌گرم در دسی لیتر
$MgSO_4$	magnesium sulfate	سولفات منیزیم

MH,MHU	Mental Health Unit	بخش بهداشت روان
MI & D	mentally ill and dangerous	بیمار روانی و خطرناک
MI	mental illness; myocardial infarction	بیماری روان؛ آنفارکتوس میوکارد
MI-CD	mentally ill and chemically dependent	بخش مراقبت ویژه پزشکی
MIF	melanocyte-inhibiting	مهارکننده ملانوسیت
MIS	Management Information Services/ sytems	خدمات / سیستم‌های مدیریت اطلاعات
mL	milliliters	میلی‌لیتر
MMI	methimazole	متی مازول
MIMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory	پرسشنامه شخصیت چند فازی
MMR	measles, mumps, and rubella	سرخک اوریون و سرخجه
MOM	milk of magnesia	شیر منیزی
MPD	multiple personality disorder	اختلال چند شخصیتی
MRI	magnetic resonance imaging	تصویربرداری زرونانس مغناطیسی
MRSA	methicillin-resistant Staphylococcus aureus	استافیلوکوک آرئوس مقاوم به متی سیلین
MS-AFP	maternal serum-alpha-fetoprotein test	آزمون آلفافتو پروتئین سرم خانم حامله
MSDS	Material Safety Data Sheet	برگه اطلاعات ایمنی وسایل
MSH	melanocyte-stimulating hormone	هورمون محرک ملانوسیت
MSW	Medical Social Worker	مددکار طب جامعه
MUA	medically underserved areas	نواحی تحت پوشش خدمات پزشکی

MVA	motor vehicle accident	تصادف وسایل نقلیه

N

Na^+	sodium	سدیم
NACHC	National Association of Community Health Center	انجمن ملی مراکز بهداشت جامعه
NaCL	sodium chloride	کلرید سدیم
NAHC	National Association for Home Care	انجمن ملی برای مراقبت در منزل
NAHCC	National Association of Health Care Centers	انجمن ملی مراکز مراقبت بهداشتی
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association	انجمن تشخیص پرستاری آمریکای شمالی
NaOH	sodium hydroxide	هیدروکسید سدیم
NAPNES	National Association of Practical Nurse Education and Services	انجمن ملی پرستار بالینی آموزش و خدمات
Na_2SO_4	sodium sulfate	سولفات سدیم
NCHS	National Center for Health Statistics	مرکز ملی برای آمار بهداشتی
NCI	National Center Institute	موسسه ملی سرطان
NCLEX	National Council Licensure Examination	بررسی کارشناسی انجمن ملی
NCLEX-PN	National Council Licensure Examination for practical Nurses	بررسی کارشناسی انجمن ملی برای پرستاران
NCLEX	National Council Licensure Examination for Registered Nurses	بررسی کارشناسی انجمن ملی برای پرستاران حرفه‌ای

NCP	nursing care plan	برنامه مراقبت پرستاری
NCSBN	National Council of State Boards of Nursing	انجمن ملی بوردهای ایالتی پرستاری
NEC	necrotizing enterocolitis	انتروکولیت نکروز آور
NEURO	neurology	نورولوژی
NF	National formulary	کتاب فرمول ملی آمریکا
NFLPN	National federation of Licensed Practical Nurses	فدراسیون ملی پرستاران بالینی دارای مجوز
NG	nasogastric	بینی ـ معدی
NG tube	nasogastric tube	لوله بینی ـ معدی
NHIC	National Health Information Center	مرکز اطلاعات بهداشتی ملی
NHL	non-Hodgkins lymphoma	لنفومای غیر هوچکین
NHO	National Hospice Organization	سازمان آسایشگاه‌های ملی
NHP	nursing home placement	کاریابی پرستاری در منزل
NHPCO	National Hospice and palliative Care Organization	سازمان ملی مراقبت تسکین و آسایشی
NICU	neonatal intensive care unit	بخش مراقبت ویژه نوزادان
NIDDM	non-insulin-dependent diabetes mellitus	دیابت قندی بدون وابستگی به انسولین
NIH	National Institute of Health	موسسه ملی بهداشت
NINR	National Institute of Nursing Research	موسسه ملی تحقیق پرستاری
NIOSH	National Institute of Occupational Safety and Health	موسسه ملی ایمنی و بهداشت کار
NLN	National League for Nursing	لیگ ملی برای پرستاری

NMR	nuclear magnetic resonance	رزونانس مغناطیسی هسته‌ای
NMS	neuroleptic malignant syndrome	سندرم نرولپتیک بدخیم
NOS	not otherwise specified	غیراختصاصی
NP	nurse practitioner	پرستار حرفه‌ای
NPO	nothing by mouth	ناشتا، عدم خوردن یا نوشیدن از راه دهان
NPT	nocturnal penile tumescence	احتقان شبانه پنیس
NRM	non-rebreathing mask	ماسک بدون تنفس مجدد
NS	normal saline or 0.9% sodium chloride	نرمال سالین یا کلرید سدیم ۹٪
NSAID	nonsteroidal anti-inflammatory drug	داروی ضدالتهاب غیراستروئیدی
NSC	National Safety Council	انجمن امنیت ملی
NST	nonstress test	آزمون بدون تنش
NTG	nitroglycerine	نیتروگلیسرین

O

O_2	oxygen	اکسیژن
OA	osteoarthritis	استئوآرتریت
OASIS	Outcome and Assessment Information Set	مجموعه اطلاعات بررسی و پیش آگهی
OB	obstetrics	زایمان
OB/GYN	obstertrician/gynecologist	متخصص زنان / زایمان
OBRA	Omnibus Budget Recociliation Act	عملکرد به منظور تطبیق چندمنظوره بودجه
OBS/OBD	organic brain syndrome/organic brain disorder	سندرم ارگانیک مغز / اختلال ارگانیک مغز

OBT	Over-bed table	میز جلوی تخت
OCD	Obsessive - compulsive disorder	اختلال وسواس
OCT	oxytocin challenge test	بررسی چالش‌های اکسی‌توسین
OD	overdose; right eye (oculus dexter)	مصرف بیش از حد دارو، چشم راست
OFC	occipital-frontal circumference	دور سر از پیشانی تا خلف سر
OH	hydroxyl ion	یون هیدروکسیل
OMH	Office for Migrant Health	اداره بهداشت مهاجران
ONS	Oncology Nursing Society	انجمن پرستاری انکولوژی
OOB	out of bed	خارج از تخت
OP	occiput posterior	خلف پس سر
O & P	ova (eggs) and parasites	کرم‌ها و انگل‌ها
OPD	outpatient department	بخش بیماران سرپایی
OPHS	Office of Public Health and Science	اداره علوم و بهداشت همگانی
OPD	(live) oral poliovirus vaccine	واکسن خوراکی ویروس زنده فلج اطفال
OR	operating room	اتاق عمل
ORIF	open reduction and internal fixation	جا انداختن باز و تثبیت داخلی
ORS	oral rehydration solution	محلول خوراکی هیدراتاسیون مجدد
ORTHO	orthopedics	ارتوپدیک
OS	left eye (oculus sinister)	چشم چپ
O_2Oat	percent oxygen saturation	درصد اکسیژن اشباع

OSHA	Occupational Safety and Health Administration	اداره ایمنی و بهداشت کار
OT	occupational therapy	کاردرمانی
OTC	over the counter	بدون نسخه پزشک
OTR	Occupational Therapist, Registered	کار درمانگر دارای مجوز
OU	both eyes (oculi unitas)	هر دو چشم

P

P	phosphorus	فسفر
PA	Physician Assistant	پزشکیار
PACE	Pre-Admission and Classification Examination	بررسی طبقه‌بندی و پیش از پذیرش
$PaCO_2$ pCO_2	carbon dioxide content of arterial blood	مقدار دی‌اکسیدکربن خون شریانی
PACU	postanesthesia care unit	بخش مراقبت بعد از بیهوشی
PaO_2,pO_2	oxygen content of arterial blood	محتوی اکسیژن خون شریانی
Pap test	Papanicolaou test (smear)	تست و ایمنی پا پانیکولا
PAR	postanesthesia recovery (room)	اتاق بهبودی بعد از بیهوشی
PBI	protein-bound iodine	ید متصل به پروتئین
PBSC	peripheral blood stem cell	سلول بنیادی خون محیطی
PCA	patient-controlled analgesia; personal care attendant	مسکن تحت کنترل بیمار مسئول مراقبت فردی
PCM	protein-calorie maluntrition	سوء تغذیه پروتئین ـ کالری
PCN	penicillin	پنی‌سیلین
PCP	Pueumocystis carinii	پنومونی پنوموسیتیت کادینی

	pneumonia; primary care provider	ارائه دهنده مراقبت اولیه
PCT	proximal convoluted tubule	توبول پیچ در پیچ پروگزیمال
PDA	patent ductus arteriosus; posterior descending artery; patent ductus arteriosus	دریچهٔ باز شریان نزولی خلفی
PDR	Physicians Desk Reference	مرجع اطلاعات پزشک
PE	polyethylene (tube)	پلی‌اتیلن اولیه
PDES	pediatrics	کودکان
PEG	percutaneous endoscopic gastuostomy	گاستروستومی آندوسکوپیک از راه پوست
PEP	postexposure prophylaxis	حساسیت بعد از تماس
PERRLA+6	Pupils equal, round, react to light, accommodation OK and coordinated	مردمک‌های برابر، گرد، واکنش به نور، تطابق خوب و هماهنگی مردمک‌ها
PET	position emission tomography scan	اسکن توموگرافی با انتشار پوزیترون
PFT	pulmonary function test	بررسی عملکرد ریه
PH	potential of hydrogen; power of hydrogen (hdrogen ion concentration)	پتانسیل هیدروژن، توان هیدروژن(غلظت یون هیدروژن)
PIA	prolonged infantil apnea	آپنه کودکی طولانی
PIC	peripheral indwelling catheter	کاتتر محیطی
PICC	peripherally inserted central catheter	کاتتر مرکزی جای‌گذری شده از طریق محیطی
PICU	pediatric intensive care unit	بخش مراقبت ویژه کودکان
PID	pelvic inflammatory disease	بیماری التهابی لگن
PIE	plan, intervention, evaluation	برنامه‌ریزی، اقدامات،

PIH	pregnancy-induced hypertension; prolactin inhibiting hormone	هیپرتانسیون نایش از حاملگی، مهار کننده پرولاکتین
PKR	photorefractive keratotomy	فتورترکتیو کراتوتومی
PKU	phenylketonuria	فنیل کتونوری
PM & R	physical medicine and rehabiliation	طب فیزیکی و نوتوانی
PMI	point of maximal impulse	نقطه حداکثر ضربان قلب
PMP	previous menstrual period	دوره قاعدگی پیشین
PMS	premenstrual syndrome	سندرم پیش از قاعدگی
PNS	peripheral nervous system	سیستم عصبی محیطی
PO	by mouth (per os)	از راه دهان
POC	plan of care	برنامه مراقبتی
POS	point of service	ویژگی خدمت
PPD	purified protein derivative	مشتق پروتئین تلخیص شده
PPE	personal protective equipment	ابزار محافظت شخصی
PPF	plasma protein fraction	جزء پروتئین پلاسما
PPG	postprandial glucose	قند بعد از غذا
PPIP	Put Prevention Into Practice	اقدامات پیش‌گیری در بالین
2hPP	2- hour postprandial	۲ ساعت بعد از غذا
PPN	peripheral parenteral nutrition	تغذیه ورید محیطی
PPO	preferred provider organization	سازمان ارائه دهنده خاص
PPROM	prolonged premature rupture of the membranes	پارگی زودرس پرده‌های آمینوتیک
PPS	prospective payment system	سیستم پرداخت احتمالی

PRH	prolactin-releasing hormone	هورمون آزادکننده پرولاکتین
PRL	prolactin	پرولاکتین
PRM	partial-rebreathing mask	ماسک تنفس مجدد نسبی
PRN	as needed	در صورت نیاز
PROM	passive range of motion; premature rupture of membranes	فعالیت غیر فعال در دامنه حرکتی؛ پارگی زودرس پرده‌های آمنیوتیک
PR/R	per rectum/ rectal	از طریق رکتوم/ رکتال
PSA	prostate-specific antigen	آنتی ژن اختصاصی پروستات
PSDA	Patient Self - Determination Act	قانون خود تعیین بیمار
psi	per square inch	برحسب اینچ مربع
PSV	pressure support ventilation	تهویه حمایت فشار
PSYCH	psychiatry	روان پزشکی
PT	prothrombin time physical therapy	زمان پروترومبین درمان جسمی
PTA	Physical Therapist Assistant	کمک فیزیوتراپ
PTCA	percutaneous transluminal coronary angioplasty	آنژیوپلاستی کرونری ترانس لومینال از راه پوست
PTH	parathyroid hormone, parathormone	هورمون پاراتیروئید پاراتورمون
PTL	preterm labor	شروع درد پیش از ترم
PTSD	posttraumatic stress disorder	اختلال استرس بعد از تروما
PTT	partial thromboplastin time	زمان نسبی ترومبوپلاستین
PTU	propylthiouracil	پروپیل تیواوراسیل
PUBS	percutaneous umbilical blood sampling	نمونه خون ناف نوزاد از راه پوست
PUS	prostate ultrasound	اولتراسوند پروستات

PVC	premature ventricular contraction	انقباض زود رس بطنی
PZA	pyrazinamide	پیرازین آمید

Q

QA	quality assurance	بیمه کیفیت
QI	quality improvement	بهبود کیفیت

R

RA	rheumatoid arthritis	آرتریت روماتوئید
system	renin-angiotensin-aldosterone system	سیستم رنین ـ آنژیوتانسین ـ آلدسترون
	rescue, alarm, confine, extinguish	عملیات نجات، زنگ هشدار بستری کردن، از بین بردن
RAI	radioactive iodine	ید رادیواکتیو
RAIU	adioactive iodine uptake	برداشت ید رادیواکتیو
RAP	resident assessment protocol	پروتکل بررسی رزیدنت
RBC	red blood cell	گلبول قرمز خون
RCA	right coronary artery	شریان کرونری راست
RDA	recommended dietary allowance	فهرست غذایی توصیه شده
RDS	respitatory distress syndrome	سندرم دیسترس تنفسی
REE	resting energy expenditure	مصرف انرژی حین استراحت
REHAB	rehabilitation unit	بخش توان بخشی
REM	rapid eye movement	حرکت سریع چشم
RF	rheumatoid factor	عامل روماتوئید
RGP	rigid gas-permeable plastic	پلاستیک سخت نفوذپذیر به گاز

PGP lens	rigid gas-permeable plastic	لنز سخت نفوذپذیر به گاز
Rh^+	Rh positive	Rh مثبت
Rh^-	Rh negative	Rh منفی
RhoGAM	Rh immune globulin	ایمنوگلبولین Rh
RICE	rest, ice, compression, elevation	استراحت، کیسه یخ، فشار، بالا نگهداشتن
RIE	recorded in error	ثبت اشتباه
RIND	reversible ischemic neurologic deficit	اختلال ایسکمیک قابل برگشت نرولوژیک
RK	radial keratotomy	کراتوتومی رادیال
RIQ	right lower quadrant	ربع تحتانی راست
RMP	rifampin	ریفامپین
RN	registered nurse	پرستار دارای مجوز کار
RNA	ribonucleic acid	رادیونوکلوئیداسید
ROI	release of information	رهاسازی اطلاعات
ROM	range of motion	در دامنه حرکتی
ROP	retinopaty of prematurity; right occiput posterior	رتینوپاتی ناشی از تولد زودرس، قسمت خلف سر و راست
RP	retinitis pigmentosa	رتینیت پیگمنتوزا
RPh	registered pharmacist	داروساز دارای گواهی
RPT	registered physical therapist	پزشک درمانگر متخصص
RR	recovery room	اتاق بهبودی
RRA	registered record administrator	مدیر ثبت دارای گواهی
RSV	Respiratory syncytial virus	ویروس تنفسی سن سیتیوم
RT	respiratory therapy	درمان تنفسی

R/T	related to	مرتبط با
RUG	resource utilization group	گروه منبع بهره‌برداری
RUQ	right upper quadrant	ربع فوقانی راست
RV	residual volume	حجم باقیمانده

S

S1	first heart sound	صدای اول قلب
S2	second heart sound	صدای دوم قلب
S/A	suicide attempt	تلاش برای خودکشی
SA node	sinoatrial node; sinus node	گره سینوسی ـ دهلیزی ؛ گره سینوسی
SBE	subacute bacterial endocarditis	آندوکاردیت باکتریال تحت حاد
SBFT	small bowel follow-through x-ray	بررسی روده کوچک از طریق رادیوگرافی
SBP;sBP	systolic blood pressure	فشار خون سیستولیک
SDSU	Same - Day Surgery Unit	بخش جراحی یک روزه
S/G	suicide gesture	حالتی حاکی از خودکشی
SGA	small for gestational age	کوچک برای سن حاملگی
SGOT	serum glutamic oxaloacetic transaminase	گلوتامیک اگزالواستیک ترانس آمیناز سرم
SI	suicidal ideation	عقیده خودکشی
SI units	International system of units (or Systeme International d Unites)	سیستم بین‌المللی بخش‌ها
SIADH	syndrome of inappropriate antidiuretic hormone	سندرم ترشح نامناسب هورمون صداداری
SIB	self-injurious behavior	رفتار خود آسیبی

SICU	surgical intensive care unit	بخش مراقبت ویژه جراحی
SIDS	sudden ifant death syndrome	سندرم مرگ ناگهانی نوزاد
SIE	stroke in evolution	سکته مغزی در حال تکامل
SIMV	synchronized intermittent mandatory ventilation	تهویه دستی متناوب سینکرونایز
	stabilize, identify toxin, reverse effect, eliminate toxin, support	تثبیت، شناسایی توکسین، اثر معکوس، رفع توکسین حمایت
SL	sublingual	زیر زبانی
SLD	specific learning disabilities	ناتوانائیهای یادگیری خاص
SLE	systemic lupus erythematosus	لوپوس اریتماتوس سیستمیک
S/M	sadomasochism	سادومازوخیسم
SMBG	self-monitoring of blood glucose	خودکنترلی قند خون
SNF	skilled nursing facility	مرکز پرستاری ماهرانه
SNS	sympathetic nervous system	سیستم عصبی سمپاتیک
SO	significant other	خویشاوندان
SO_4	sulfate	سولفات
SOAP	subjective, objective, assessment, plan	اطلاعات ذهنی عینی، بررسی، برنامه ریزی
SOAPIER	subjective, objective, assessment, plan, intervention, evaluation, response	اطلاعات ذهنی، عینی، بررسی، برنامه ریزی، اقدامات، ارزشیابی، پاسخ
SOB	short of breath	تنگی نفس
SOBOE	short of breath on exertion	تنگی نفس حین فعالیت
SP	suprapubic (catheter)	کاتتر فوق عانه‌ای
SP/GP	suicide precautions/general	احتیاطات خودکشی

SPF	sun protective factor	عامل محافظت از نور خورشید
SRO	single room occupancy	سکونت در یک اتاق
SROM	spontaneous rupture of the membranes	پارگی خود به خودی پرده‌های آمینوتیک
SSA	Social Security Administration	سازمان تامین اجتماعی
SSDI	Social Security Disability Insurance	بیمه ناتوانی تأمین اجتماعی
SSE	sap suds enema	انمای کف صابون
START	Simple Triage and Rapid Treatment	تریاژ ساده و درمان سریع
STAT	at once, immediately	فوراً
STD	sexually transmitted disease	بیماری منتقله از راه جنسی
STH	somatropic hormone (somatotropin)	هورمون سوماتروفیک
STI	sexually transmitted infection	عفونت منتقله جنسی
SV	stroke volume	حجم ضربه‌ای
SVC	superior vena cava	ورید اجوف فوقانی
SVE	sterile vaginal examination	بررسی استریل واژینال
SVR	systemic vascular resistance	مقاومت عروق سیستمیک
SXP	sexual precautions	احتیاطات جنسی
SZ P	seizure precautions	احتیاطات تشنج

T

T1,T2,etc	level of injury in the thoracic area of the spinal cord	سطح صدمه در ناحیه پشتی طناب نخاعی
T3	triiodothyronine	تری یدوتیرونین
T4	thyroxine	تیروکسین

T&A	tonsillectomyand adenoidectomy	تانسیلکتومی و آدنوئیوکتومی
TAC	time, amount, character	زمان، مقدار و ویژگی
TB	tuberculosis	سل
TBI	traumatic brain injury	صدمه تروماتیک مغز
TBW	total body water	کل آب بدن
TCDB	turning, coughing, deep breathing	تغییر وضعیت، سرفه، تنفس عمیق
TCN	tetracycline	تتراسایکلین
TD	tardive dyskinesia	تاردیودیس کینزی
TED	thromboembolic disease	بیماری ترومبوآمبولی
TEE	transesophageal echocardiography	اکوکاردیوگرافی از راه مری
TENS	transcutaneous electrical nerve stimulation	تحریک الکتریکی عصب از راه پوست
TFT	thyroid function test	بررسی عملکرد تیروئید
TGV	transposition of the great vessels	جابه جایی عروق بزرگ
THA	total hip arthroplasty	آرتروپلاستی کامل مفصل ران
THC	cannabis (marijuana and related drugs)	کانابیس (ماری جوانا و داروهای مرتبط)
T-hold	transportation hold (police)	توقیف حمل و نقل (پلیس)
TLA	transient ischemic attack	حمله ایسکمیک‌گذرا
TICU	trauma intensive care unit	بخش مراقبت ویژه تروما
Title XVIII	Medicare section of the Social Security Act	بخش مدیکر قانون تامین اجتماعی
Title XIX	Medicaid section of the Social Security Act	بخش مدیکر قانون تامین اجتماعی

Title XXII	source of COPs	منبع cops
TKA	total knee arthroplasty	آرتروپلاستی کامل زانو
TLC	total lung capacity	ظرفیت کلی ریه
TLSO	thoracolumbar sacroorthosis	ارتوزتوراکسی ـ لومبار ـ ساکروم
Tm	transport maximum	حداکثر حمل‌ونقل
TMJ	temporal mandibular joint	مفصل گیجگاهی ـ مندیبولار
TMR	transmyocardial revascularization	وسکولاریزاسیون مجدد از طریق میوکارد
TO	telephone order	دستور تلفنی
TOF	tetralogy of fallot	تترالوژی فالوت
TORCH	toxoplasmosis, other, rubella, cytomegalovirus, herpes simplex	توکسوپلاسموزیس، سایر، سرخجه، سایتومگالوویروس، هرپس سیمپلکس
t-PA	tissue plasminogen	فعال‌کننده پلاسمینوژن بافتی
TPA	total parenteral alimentation	تغذیه وریدی کامل
TPN	total parenteral nutrition	تغذیه وریدی کامل
TPR	temperature, pulse, and respiration	درجه حرارت نبض و تنفس
TR	therapeutic recreation	تفریح درمانی
TS	Tourette syndrome	سندرم تورت
TSE	testicular self-examination	خودآزمایی بیضه‌ها
TSH	throid-stimulating hormone	هورمون محرک تیروئید
TSLO	fthoracic-lumbar-sacral orthosis	اورتوز توراسیک ـ لومبار ـ ساکروم
TSS	toxic shock syndrome	سندرم شوک سمی
TIRBT	transurethral resection of	برش تومور مثانه از راه مجرای

	bladder tumor	ادراری
TURP	transurethral resection of prostate	برش پروستات از راه مجرای ادراری
TV	tridal volume	حجم حیاتی
TWE	tap water enema	انمای آب لوله کشی
T & X	type and crossmatch	نوع وکراس مچ

U

U-100	100 units per milliliter	۱۰۰ واحد در هر میلی‌لیتر
UA	urinalysis	تجزیه ادرار
UAP	unlicensed assistive personnel	پرسنل کمکی بدون مجوز
UL	tolerance upper intake level	حداکثر میزان تحمل دریافت
UN	United Nations	کشورهای متحد
UNICEF	United Nations Childrens Fund	بودجه کودکان کشورهای متحد
UNOS	United Network of Organ Sharing	شبکه متحد اعطای عضو
UPP	urethral pressure profile	تاریخچه فشار مجرای ادراری
URI	urine pregnancy test	بررسی ادرار از نظر حاملگی
URI	upper respiratory infection	عفونت تنفسی فوقانی
UROL	Urology	اورولوژی
US	ultrasound	اولتراسوند
USD	U.S. Dispensatory	اجازه ایالت متحده
USDA	U.S.Department of Agriculture	سازمان کشاورزی ایالات متحده
USDHHS	U.S.Department of Health and Human Services	سازمان خدمات بهداشتی و انسانی ایالات متحده
USP	U.S.pharmacopoeia	فهرست دارویی ایالات متحده

USPHS	U.S. Public Health Service	خدمات بهداشت همگانی ایالات متحده
UTI	urinary tract infection	عفونت مجرای ادراری
UTox	urine toxicity screen (for drugs)	غربالگری سمیت ادراری (از نظر داروها)
UV	ultraviolet (rays)	اولتراویولت (اشعه)

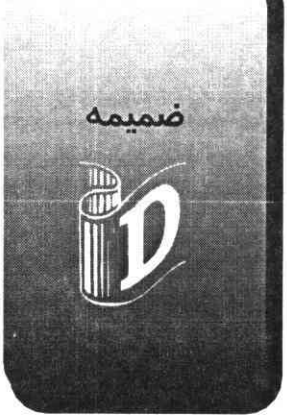
V

VC	vital capacity	ظرفیت حیاتی
VCUG	voiking cystourethrogram	سیستویورتروگرام حین دفع ادرار
VLBW	very low birthweight	وزن تولد بسیار کم
VMA	vanillylmandelic acid	وانیلیل مندلیک اسید
VNA	Visiting Nurse Association	انجمن پرستار باز دید در منزل
VO	verbal order	دستور کلامی
VoL	voluntarily admitted	پذیرش داوطلبانه
VRE	vancomycin-resistant enterococci	انتروکوکسی مقاوم به ونکومایسین
V & S; vol and spec	volume and specific gravity (urine)	حجم و وزن مخصوص ادرار
VSD	ventricular septal defect	نقص دیواره بین بطنی

W

WA	while awake	حین بیدار شدن
WBC	white blood cell	گلبول سفید خون
W/C	wheelchair	ویلچر
WHO	World Health Organization	سازمان بهداشت جهانی

WIC	Women, Infants and Children	زنان، نوزادان و کودکان
WISC-R	Weschler Intelligence Scale for Children Revised	مقیاس اصلاح شده بررسی هوش وشلو برای کودکان
WNI	within normal limits	در محدوده طبیعی



سوالات داخلی و جراحی ارشد ۸۶
(سراسری، مدرس و آزاد)
پرستاری داخلی و جراحی (وزارت بهداشت ۸۷-۸۶)

۱ـ از نقطه نظر پرستاری چنانچه ترانسفوزیون یک کیسه خون بیشتر از ۴ ساعت طول بکشد، احتمال بروز چه مشکلی مطرح بوده و از اهمیت بیشتری برخوردار است؟ (۸۷-۸۶)

الف) بروز واکنش حساسیتی
ب) کهنه شدن خون
ج) تخریب خون به علت نور محیط
د) افزایش خطر تکثیر باکتری‌ها

۲ـ کدامیک از پروسیجرهای جراحی زیر، در طبقه‌بندی اساسی (Curative surgery) قرار می‌گیرد؟ (۸۷-۸۶)

الف) بیوپسی کبدی (Liver biopsy) ب) آپاندکتومی (Appendectomy)
ج) ماموپلاستی (Mammoplasty) د) کاتتریزاسیون (Catheterization)

۳ـ کدام عارضه در بیمار سرطانی هنگام بیوتراپی به صورت معمول اتفاق می‌افتد؟ (۸۷-۸۶)

الف) آلوپسی
ب) دپرسیون مغز استخوان
ج) تشنج
د) تب و لرز

۴ـ چنانچه دستور تجویز اکسیژن به میزان ۲۸٪ از راه سوند بینی داده شود، برای رسیدن به این میزان، جریان اکسیژن را چند لیتر در دقیقه تنظیم می‌کنید؟ (۸۷-۸۶)

الف) ۱ لیتر ب) ۲ لیتر
ج) ۳ لیتر د) ۴ لیتر

۵ـ در بررسی وضعیت سلامت مددجو برای سنجش کیفیت قدرت نبض، شاخص (Scale) عدم لمس نبض کدام است؟ (۸۷-۸۶)

الف) صفر ب) یک مثبت
ج) دو مثبت د) سه مثبت

۶ـ بیماری تحت کاتتریزاسیون قلبی قرار گرفته است. پس از تزریق ماده حاجب، پرستار توصیه به انجام سرفه می‌کند. این اقدام چه فایده‌ای دارد؟ (۸۷-۸۶)

الف) کمک به نمایش بهتر ساختار قلب ب) تخلیه ترشحات ریوی
ج) کمک به حذف اختلال ریتم قلب د) جلوگیری از اضطراب

۷ـ اخیراً مشاهده می‌شود که میزان استفاده از پانسمان‌های پلیمری برای زخم‌ها افزایش یافته است. کدامیک از موارد زیر علت این اقدام است؟ (۸۷-۸۶)

الف) خشک نگه داشتن زخم، حفاظت از زخم در برابر میکروب‌ها، جلوگیری از انتشار بوی نامطبوع
ب) امکان استفاده درازمدت، قابلیت بکارگیری در زخم‌های عمیق، جذب ترشحات نامطبوع
ج) امکان دیده شدن زخم به علت شفافیت لایه‌ها، سهولت برداشته شدن، آماده کردن محل برای پیوند پوستی
د) کاهش التهاب، عاری شدن پوست از ترشحات، سهولت کنده شدن پوست

۸ـ به دنبال استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف خوراکی، کدامیک از احتمالات زیر از شیوع بالاتری برخوردار است؟ (۸۷-۸۶)

الف) حساسیت دارویی و شوک آنافیلاکسی

ب) قطع حرکات دودی روده‌ها و بروز یبوست
ج) از بین بردن فلور میکروبی طبیعی روده‌ها و بروز اسهال
د) بروز دهیدراتاسیون یاکم‌آبی شدید بدن

۹ـ علت اینکه لازم است پرستار در پونکسیون کمری (Lumber puncture) بیمار را برای جلوگیری از حرکت ناگهانی نگه دارد، کدام است؟ (۸۷-۸۶)

الف) پیشگیری از ضربه نخاعی و خونریزی ب) حفظ آرامش بیمار
ج) جلوگیری از افزایش فشار داخل مغزی د) جلوگیری از بروز سردرد عصبی

۱۰ـ کدام شاخص بیماری دیابت، بیانگر میانگین میزان قند سرم خون در ماه‌های اخیر است؟ (۸۷-۸۶)

الف) قند خون ناشتا (FPG) ب) قند ادرار (Urine suger)
ج) قندخون ۲ساعت پس از غذا(2hPG) د) هموگلوبین گلیکوزیله (Hgb Alc)

۱۱ـ توصیه مراقبتی برای مبتلایان به فیبروز سیستیک (Systic fibrosis) که به تخلیه ترشحات ریوی کمک می‌کند، کدام است؟ (۸۷-۸۶)

الف) مصرف حجم مایعات کافی ب) آنتی‌بیوتیک‌تراپی
ج) استفاده از رژیم پرکالری د) استراحت کافی

۱۲ـ بیماری به دنبال جراحی لاپاراتومی، دچار تنفس با دامنه کوتاه (هیپوونتیلاسیون) گردیده است. از نقطه نظر پرستاری احتمال بروز چه عارضه‌ای مطرح است؟ (۸۷-۸۶)

الف) آلکالوز تنفسی ب) آلکالوز متابولیک
ج) اسیدوز تنفسی د) اسیدوز متابولیک

۱۳ـ چرا در هنگام تجویز دارو به سالمندان بایستی در محاسبه دوز دارو دقت زیادی به عمل آورد؟ (۸۷-۸۶)

الف) افزایش سرعت متابولیسم دارو ب) کند شدن روند دفع دارو از بدن
ج) کاهش میزان جذب داروهای تزریقی د) کاهش میزان دفع دارو از راه تعریق

۱۴ـ تجویز مایعات کافی به فرد سالمند در پیشگیری و درمان اختلالات کدام دستگاه کمک بیشتری می‌کند؟ (۸۷-۸۶)

الف) حسی حرکتی ب) قلب و عروق
ج) تنفس د) تولیدمثل

۱۵ـ مؤثرترین اقدام در کاهش احساس شبحی (Phantom sensation) در بیمار بعد از عمل جراحی قطع عضو (آمپوتاسیون) کدام است؟ (۸۷-۸۶)

الف) بی‌حرکت کردن عضو باقیمانده ب) تزریق داروی مخدر ضددرد
ج) محکم کردن پانسمان با باند الاستیک د) استفاده از بی‌حس‌کننده‌های موضعی

۱۶ـ هنگامی که درمان یک بیمار سرطانی امکان‌پذیر نباشد، هدف مداخلات پرستاری کدام است؟ (۸۷-۸۶)

الف) ارتقای کیفیت زندگی بیمار ب) مراقبت از اطرافیان بیمار
ج) امتحان کردن روش‌های غیرمعمول مثل طب مکمل
د) طولانی کردن عمر بیمار

۱۷ـ در مراقبت از بیماری که از طریق لوله داخل روده کوچک تغذیه می‌شود، برای جلوگیری از نفخ، آسپیراسیون و سوء هاضمه، چه روشی را برای تغذیه انتخاب می‌کنید؟ (۸۷-۸۶)

الف) متناوب با سرنگ (Intermittent bolous)
ب) متناوب با فشار جاذبه (Intermittent gravity drip)
ج) انفوزیون مداوم (Continuous infusion)
د) روش چرخه‌ای و گروهی (Cyclic)

۱۸ـ اقدام مؤثر پرستاری در کاهش اضطراب بیماری که دچار مشکلات ناحیه مقعد و رکتوم می‌باشد، کدام است؟ (۸۷-۸۶)

الف) استفاده از داروهای مخدر برای کاهش درد
ب) حفظ محیط خصوصی بیمار در هنگام مراقبت
ج) دخالت دادن همراهان بیمار در انجام مراقبت‌ها
د) استفاده از حمام نشیمن برای ایجاد آرامش در بیمار

۱۹ـ آقای اسدی ۶۰ ساله به علت تصادف در بزرگراه با خونریزی از گوش و بینی بلافاصله در بخش اورژانس بستری شده است. کدام اقدام در اولویت قرار دارد؟ (۸۷-۸۶)

الف) آماده نمودن بیمار برای MRI ب) کنترل سطح هوشیاری و علائم حیاتی
ج) کنترل جذب و دفع بیمار د) ناشتا نگه داشتن بیمار

۲۰- خانم اصغری دچار حادثه عروق مغزی (CVA) پس از یک هفته بستری در بخش نورولوژی، ترخیص می‌شود. کدام مورد در اولویت آموزش قرار دارد؟ (۸۷-۸۶)

الف) رژیم غذایی کم‌پروتئین ب) پیشگیری از سکته مغزی مجدد
ج) نحوه مراقبت از خود د) تجویز داروهای تقویتی

۲۱ـ بیمار مبتلا به افزایش فشار داخل مغزی در بخش نورولوژی بستری است. مراقبت اختصاصی برای این گروه از بیماران کدام است؟ (۸۷-۸۶)

الف) بالا قرار دادن سر در زاویه ۳۰ درجه ب) تجویز آرامبخش
ج) کنترل علائم حیاتی د) جلوگیری از خونریزی

۲۲ـ خانم اصغری در بخش داخلی پذیرش و بستری گردیده است؛ اولین اقدام پرستار کدام است؟ (۸۷-۸۶)

الف) اطلاع به پزشک ب) مطالعه سوابق پزشکی بیمار
ج) معاینه فیزیکی اندام‌های فوقانی د) بررسی نیازهای بیمار

۲۳ـ پرستار در آموزش به مددجویان در خصوص علائم اولیه سرطان دستگاه ادراری، کدام علامت را مورد توجه قرار می‌دهد؟ (۸۷-۸۶)

الف) خونریزی ادراری بدون درد ب) وجود توده در ناحیه پهلو
ج) ترشحات دستگاه ادراری د) عفونت‌های مکرر ادراری

۲۴ـ در بیماری که مبتلا به سرطان پروستات است، بعد از عمل جراحی برداشتن رادیکال پروستات (Radical prostatectomy) احتمال کدام نوع بی‌اختیاری ادراری وجود دارد؟ (۸۷-۸۶)

الف) عملکردی (Functional) ب) رفلکسی (Reflex)

ج) سرریز (Overflow) د) استرسی (Stress)

۲۵ـ کدامیک از تشخیص‌های پرستاری بالقوه زیر در بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی وسیع محتمل نمی‌باشد؟ (۸۷-۸۶)

الف) اختلال در خون‌رسانی بافتی کلیه‌ها و کاهش حجم ادرار به علت کاهش بازده قلبی

ب) بروز سکته مغزی به علت آمبولی وریدهای اندام تحتانی

ج) بروز اختلال تبادل گازی به علت افزایش حجم مایع

د) بروز اضطراب به علت ترس از مرگ ناشی از بیماری

۲۶ـ در شکستگی کدام ناحیه، پرستار بایستی مراقب بروز علائم خطر ایسکمی انقباضی ولکمن (Vulcan's contracture) باشد؟ (۸۷-۸۶)

الف) بازو ب) مچ دست

ج) ساعد د) آرنج

۲۷ـ هنگامی که بازوبند فشار خون را دور بازوی بیمار می‌بندیم و فشار داخل بازوبند را بالاتر از فشار سیستولی او نگه می‌داریم، علامت تروسو (Troussau's sign) یا اسپاسم ناحیهٔ دست به وجود می‌آید. این علامت نشان‌دهنده کدام اختلال است؟ (۸۷-۸۶)

الف) کمبود آهن یا روی ب) کمبود سدیم یا پتاسیم

ج) کمبود فسفر یا آلومینیوم د) کمبود کلسیم یا منیزیم

۲۸ـ انفوزیون کلرور پتاسیم در کدامیک از اختلالات زیر کاربرد دارد؟ (۸۷-۸۶)

الف) بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه

ب) کودک مبتلا به اسهال و استفراغ حاد

ج) کودک دچار سوختگی درجه ۲

د) بیمار دچار افزایش فشار داخل جمجمه

۲۹ـ علت ضرورت توجه ویژه به بیماران سالمند دچار سوختگی کدام است؟ (۸۷-۸۶)

الف) غالباً نازک‌شدگی لایه‌ها و کاهش خاصیت ارتجاعی پوست موجب عمیق شدن سوختگی و شدت آسیب می‌شود.
ب) مایع‌درمانی ۲۴ ساعت اول اختلالات الکترولیتی خصوصاً سدیم و پتاسیم را در پی دارد.
ج) NPO نگه داشتن مددجو برای کاهش خطر آسپیراسیون، مواد غذایی کمتر از نیاز به محل آسیب می‌رسد.
د) کم شدن سطح هوشیاری و عدم تحرک بیمار، استعداد ابتلا به عفونت را زیاد می‌کند.

۳۰ـ کدامیک از اهداف زیر سبب می‌شود تا در بیماران دچار سوختگی شدید، حجم وسیعی از مایعات به مددجو تزریق شود؟ (۸۶-۸۷)

الف) کاهش خطر نارسایی کلیه ناشی از سرازیری هموگلوبین و میوگلوبین به توبول‌ها
ب) جبران مایعات شیفت پیداکرده از درون سلول به فضاهای بین سلولی
ج) طبیعی نگه داشتن میزان BUN و کراتینین سرم
د) تقویت قدرت نبض‌های محیطی و امکان کنترل علائم حیاتی

۳۱ـ بیماری دچار هیپوکلسیمی است و دستور تجویز نیم گرم گلوکونات کلسیم داده شده (داروی موجود کلسیم ۱۰٪ با حجم ۱۰ میلی‌لیتر می‌باشد). از این دارو چه مقدار آماده تزریق می‌شود؟ (۸۶-۸۷)

الف) ده میلی‌لیتر
ب) پنج میلی‌لیتر
ج) دو میلی‌لیتر
د) پانزده میلی‌لیتر

۳۲ـ از نقطه نظر پرستاری در کدامیک از ضایعات خونی زیر احتمال بروز عفونت و خونریزی بیشتر است؟ (۸۶-۸۷)

الف) آنمی فقر آهن
ب) آنمی همولیتیک
ج) آنمی آپلاستیک
د) تالاسمی مینور

۳۳ـ در صورتی که خانمی تمایل داشته باشد پس از عمل ماستکتومی، تحت عمل جراحی ترمیمی قرار گیرد، چه زمانی برای

آماده نمودن وی مناسب است؟ (۸۷-۸۶)
الف) در اتاق عمل و بلافاصله پس از ماستکتومی
ب) پس از برداشتن بخیه‌ها و بهبود زخم
ج) پس از اتمام دوره رادیوتراپی و شیمی‌درمانی
د) شش ماه تا یک سال پس از جراحی ماستکتومی

۳۴ـ هدف از انجام مراقبت‌های مربوط به گلوکوم کدامیک از موارد زیر است؟ (۸۷-۸۶)
الف) برگشت‌پذیری و ترمیم صدمات وارده به عصب چشم
ب) اصلاح میدان دید در حد ۲۰-۱۰ درجه
ج) استفاده هرچه بیشتر از چشم سالم از طریق کم‌کردن فشار روی چشم صدمه‌دیده
د) جلوگیری از پیشرفت هرچه بیشتر صدمات وارده به عصب چشم

۳۵ـ بسیاری از منابع علمی تأکید می‌کند که قطره‌های چشمی بایستی به گونه‌ای به کار گرفته شوند که کمتر توسط مجرای اشکی بینی جذب گردند. علت این امر کدام است؟ (۸۷-۸۶)
الف) داروهای چشمی دارای عوارض جانبی سیستمیک هستند.
ب) میزان ماده مؤثر قطره‌ها کمتر از حد نیاز خواهد شد.
ج) اکثر داروها به صورت موضعی به مجرای اشکی آسیب وارد می‌کنند.
د) باعث سوزش بینی و طعم بد در دهان و حلق می‌شود.

۳۶ـ کدامیک از تشخیص‌های پرستاری در خصوص بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز از اهمیت کمتری برخوردار است؟ (۸۷-۸۶)
الف) اختلال در توانمندی فیزیکی کافی (فعالیت فیزیکی)
ب) اختلال در وضعیت حسی (پوستی، چشمی)
ج) اختلال در وضعیت دفعی (ادرار، مدفوع)
د) اختلال در وضعیت هوشیاری (سطح هوشیاری)

پرستاری داخلی و جراحی (تربیت مدرس ۸۶)

۱ـ بیمار ۴۴ ساله‌ای دچار استفراغ طولانی شده است. با توجه به بینش پرستاری، کمبود کدامیک از موارد زیر محتمل‌تر است؟ (۸۶)

الف) پتاسیم ب) کلر
ج) کلسیم د) سدیم

۲ـ کدام مورد شاخص بهداشتی است؟ (۸۶)

الف) عدم شیوع بیماری ب) عدم وجود افراد مسن
ج) تعداد مرگ و میر نسبی جمعیت د) وجود کودکان

۳ـ بعد از جمع‌آوری اطلاعات از بیمار، کدام اقدام مراقبتی اولویت دارد؟ (۸۶)

الف) روایی اطلاعات ب) ارجاع اطلاعات پزشکی
ج) تشخیص پرستاری د) مصاحبه مجدد با بیمار

۴ـ پس از تعویض کامل مفصل هیپ، بیمار معمولاً بعد از چه مدتی قادر به انجام فعالیت‌های روزانه خواهد بود؟ (۸۶)

الف) شش ماه ب) نه ماه
ج) سه ماه د) یک سال

۵ـ سریع‌ترین واکنش در برابر تنیدگی کدام مورد است؟ (۸۶)

الف) کاهش سازگاری ب) اضطراب
ج) افسردگی د) تغییر در عملکرد

۶ـ شخصی سرطان دارد و پزشک معالج وی گفته است که معالجه بی‌فایده است. وظیفه پرستار در مقابل بیمار و بستگان وی چیست؟ (۸۶)

الف) در این صورت، گفتن حقیقت جایز نیست.
ب) حقیقت را به‌خاطر ضربه روحی به بیمار و خانواده بازگو نکند.
ج) بی‌تفاوت باشد، درمان ادامه یابد.
د) در این صورت، گفتن حقیقت جایز است.

۷ـ در آموزش به بیمار، کدام حقوق را باید به بیمار آموزش داد؟ (۸۶)
الف) بیمار حق ندارد افراد تیم درمان را بشناسد.
ب) بیمار حق ندارد که مراقبت‌های مربوط به خود را بداند.
ج) بیمار حق دارد بداند که اطلاعات داده شده از طرف وی کاملاً محرمانه می‌ماند.
د) بیمار حق دارد اطلاعات ثبت شده در پرونده که به وسیله قانون منع شده را مطالعه نماید.

۸ـ کدامیک از موارد ذیل به عنوان رضایت‌نامه عمل جراحی صحیح است؟ (۸۶)
الف) رضایت‌نامه باید آگاهانه بدون اجبار در فرمی که عوارض در آن ذکر شده امضا شود.
ب) فرم رضایت‌نامه سفید را به بیمار هوشیار و بالغ داد تا آگاهانه و آزادانه امضا نماید.
ج) فرمی که در آن عوارض قید نشده باشد، رضایت‌نامه است.
د) زمانی که درمان تشخیصی باشد، رضایت‌نامه کتبی لازم نیست.

۹ـ مهمترین و مناسب‌ترین توصیه مراقبتی برای بیمار مبتلا به بیماری منتقله جنسی (STD) کدام مورد زیر است؟ (۸۶)
الف) مصرف کامل آنتی‌بیوتیک حداقل به مدت سه هفته
ب) درمان همزمان و کامل بیمار و همسر او و اجتناب از تماس جنسی
ج) مصرف کامل آنتی‌بیوتیک همراه با پروبنسید
د) آزمایش مکرر RPR هفته‌ای یک بار به همراه دارودرمانی

۱۰ـ بهترین توصیه مراقبتی برای پیشگیری از تشکیل سنگ‌های ادراری کدام مورد زیر است؟ (۸۶)
الف) مصرف منظم و زیاد آب و مایعات
ب) آزمایش ادراری و تجویز آلوپرینول
ج) اجتناب از مصرف لبنیات و غذای پرچرب
د) اجتناب از مصرف چای و لبنیات

۱۱ـ از نقطه نظر پرستاری، در جایگزینی مایعات از دست رفته بیماران هیپوولمیک کدام توصیه مراقبتی زیر مهم است؟ (۸۶)
الف) جایگزینی سریع مایعات و مراقبت از هیپوکالمی

ب) جایگزینی تدریجی مایعات و مراقبت از هیپرکالمی
ج) جایگزینی تدریجی مایعات و مراقبت از هیپوکالمی
د) استفاده سریع از محلول هیپرتونیک و مراقبت از هیپوکالمی

۱۲ـ استفراغ و ساکشن معده می‌تواند موجب بروز کدام عارضه زیر شود؟ (۸۶)

الف) آلکالوز تنفسی ب) آلکالوز متابولیک
ج) اسیدوز متابولیک د) اسیدوز تنفسی

۱۳ـ از نقطه نظر پرستاری کدام حالت زیر در بیمار خطرناک بوده و نیاز به ملاحظه فوری دارد؟ (۸۶)

الف) $Na=132mEq/lit$ ب) $pH=7.35$
ج) $Ca=3.5mEq/lit$ د) $K=2.2mEq/lit$

۱۴ـ کدام سیستم در تنظیم و اصلاح دقیق pH بدن نقش بیشتری دارد و از چه نظر باید مورد توجه و بررسی مستمر پرستار باشد؟ (۸۶)

الف) تنفس و از نظر تعداد و الگوی تنفس
ب) غدد درون‌ریز از نظر کنترل وزن و جذب و دفع
ج) کلیه‌ها از نظر کنترل جذب و دفع
د) گوارش از نظر کنترل اسهال و استفراغ

۱۵ـ کدام فرد زیر در اتاق عمل مستقیماً در کنار جراح به وی در عمل کمک می‌کند؟ (۸۶)

الف) پرستار اسکراب ب) پرستار سیرکولار
ج) سرپرستار اتاق عمل د) پرستار بیهوشی

۱۶ـ مهمترین و مؤثرترین راه مبارزه با گسترش بیماری ایدز کدام مورد زیر است؟ (۸۶)

الف) دارودرمانی و کنترل تزریقات ب) واکسینه شدن و اجتناب از افراد پرخطر
ج) شناسایی افراد آلوده د) آموزش و کنترل تماس جنسی

۱۷ـ از نظر مراقبتی، بیماری با سابقه آمفیزم و تشخیص کانسر مری

بستری شده، او ضعف، تنگی نفس، لاغری مفرط و آپاتی (Apathy) دارد و تحت درمان IPPB دو بار در روز می‌باشد. کدام مراقبت پرستاری در اولویت است؟ (۸۶)

الف) رژیم و تغذیه مناسب ب) بهداشت و فراهم‌سازی آرامش
ج) کنترل جذب و دفع مایعات د) رعایت و ضعف بدن

۱۸- بیمار بعد از هیپوفیزکتومی باید از نظر کدامیک از علائم کنترل شود؟ (۸۶)

الف) شوک هیپرگلیسمی ب) تتانی عضلانی و اسپاسم
ج) تاکی‌کاردی و کاهش فشار خون د) افزایش فشار خون و فشار نبض

۱۹- در مورد آنمی فقر آهن کدام مورد صحیح است؟ (۸۶)

الف) کاهش گلبول‌های سفید
ب) دریافت ناکافی آهن از طریق غذا
ج) کاهش فریتین سرم
د) گلبول‌های قرمز با نمای اسفروسیتی

۲۰- به منظور پیشگیری از تورم لنفاوی دست پس از درمان سرطان پستان کدام مورد صحیح است؟ (۸۶)

الف) استفاده از حمام سونا ب) استفاده از ورزش منظم
ج) استفاده از حرکات چرخشی ناگهانی د) محدودیت مصرف مایعات

۲۱- در بیمار مبتلا به آدیسون، پیگمانتاسیون عمقی به کدام دلیل است؟ (۸۶)

الف) آزاد شدن هورمون آدرنوکورتیکوتروپین به همراه هیدرولیز شدن لیپوپروتئین بتا
ب) به علت لیپوپروتئین بتا که همان لیپوپروتئین‌ها با دانسیته بالا است.
ج) هورمون محرک ملانوسیت با دانسیته بالا ترشح می‌شود.
د) آزاد نشدن هورمون آدرنوکورتیکوتروپین به همراه هیدرولیز نشدن لیپوپروتئین بتا

۲۲- چه عاملی برای سنتز ترومبین در کبد لازم است؟ (۸۶)

الف) پروترومبین در حضور ویتامین B

ب) پروترومبین در حضور ویتامین B_{12}
ج) پروترومبین در حضور ویتامین K
د) پروترومبین در حضور ویتامین C

۲۳ـ استفاده از الگوی تنفس لب غنچه‌ای منجر به کدامیک از موارد زیر می‌گردد؟ (۸۶)
الف) کاهش فشار در آلوئول‌ها و افزایش دفع دی‌اکسیدکربن
ب) افزایش فشار درون آلوئول‌ها و افزایش دفع دی‌اکسیدکربن
ج) افزایش فشار در آلوئول‌ها و کاهش تعداد تنفس
د) افزایش فشار در آلوئول‌ها و کاهش دفع دی‌اکسیدکربن

۲۴ـ از نقطه نظر پرستاری مناسب‌ترین توصیه برای بیماری که دچار عفونت مزمن قارچی در اندام‌هاست: (۸۶)
الف) شستشو و دبرید ضایعه و آفتاب گرفتن منظم
ب) مصرف کامل داروها و آفتاب گرفتن منظم
ج) اجتناب از حضور در جمع و تماس با کودکان
د) شستشوی منظم ضایعه و مصرف کامل داروی تجویز شده

۲۵ـ تکرار علائم عصبانیت، گرسنگی، ضعف و تپش قلب در بیماران دیابتی مربوط به کدام عارضه زیر است و چه توصیه‌ای از نظر مراقبتی دارید؟ (۸۶)
الف) هیپوگلیسمی و به همراه داشتن و مصرف چند حبه قند در هنگام بروز
ب) هیپرگلیسمی و شروع کتواسیدوزیس و کم کردن دوز انسولین
ج) هیپرگلیسمی و شروع سندرم هیپراسمولار و مصرف بیشتر مایعات
د) پدیده سوموگی و توصیه برای مراجعه به پزشک معالج

۲۶ـ از نقطه نظر پرستاری مهمترین توصیه برای بیمار مبتلا به گلوکوما جهت کنترل و پیشگیری از حمله حاد کدام مورد زیر است؟ (۸۶)
الف) جراحی و تونومتری ب) تونومتری و مصرف منظم دارو
ج) لیزرتراپی و مصرف منظم دارو د) مصرف منظم دارو

۲۷ـ کدامیک از انواع کری‌های زیر با جراحی و وسایل کمک‌شنوایی قابل توانبخشی است؟ (۸۶)

الف) مادرزادی
ب) اکتسابی عصبی
ج) اکتسابی هدایتی
د) مرکب

۲۸ـ از نقطه نظر پرستاری، مناسب‌ترین توصیه برای بیمار باکم‌کاری تیروئید کدام مورد زیر است؟ (۸۶)

الف) مصرف منظم و مستمر داروی تجویز شده نیم ساعت پس از غذا
ب) استراحت و آرامش و دوری از فعالیت زیاد
ج) فعالیت بدنی بیشتر به همراه افزایش دوز دارو
د) مصرف منظم و مستمر داروی تجویز شده در حالت ناشتا

۲۹ـ از نقطه نظر پرستاری برای جبران مایعات تلف شده در سوختگی‌های وسیع کدام محلول زیر مناسب است و پرستار در این مدت باید مراقب چه عارضه‌ای باشد؟ (۸۶)

الف) دکستروز ۵٪ و مراقب هیپوکالمی و شوک باشد.
ب) نرمال سالین و مراقب هیپوکالمی و شوک باشد.
ج) نرمال سالین هیپرتونیک و مراقب شوک و هیپرکالمی باشد.
د) نرمال سالین هیپوتونیک و مراقب هیپوکالمی باشد.

۳۰ـ در بیمار با ضربه مغزی شدت یافتن علائم سردرد، استفراغ، دوربینی، برادی‌کاردی و هیپرتانسیون می‌تواند به کدام عارضه زیر برگردد و چه مدت اقدام مراقبتی باید انجام داد؟ (۸۶)

الف) افزایش فشار داخل جمجمه و وضعیت Supine و سر بالاتر از تنه
ب) شروع تشنج و تجویز دیلانتین و وضعیت Flat
ج) افزایش هماتوم و فشار به بافت مجاور و وضعیت Supine
د) نشانه هیپرکاپنی و هیپرکالمی است. اکسیژن‌رسانی و وضعیت Lateral

۳۱ـ از بین رفتن غلاف میلین سلول‌ها و فیبرهای عصبی در کدام بیماری زیر دیده می‌شود؟ (۸۶)

الف) میاستنی گراویس
ب) دمانس
ج) پارکینسون
د) مولتیپل اسکلروزیس

۳۲ـ از نقطه نظر پرستاری، درکدامیک از موارد زیر، استفاده از پروتکل استرپتوکیناز غیراصولی است؟ (۸۶)
الف) مشاهده قطعه ST بیشتر از ۵ میلی‌متر ب) سن ۶۰-۵۰ سالگی
ج) ۱۲ ساعت پس از انفارکتوس میوکارد د) در شروع انفارکتوس حاد قلبی

۳۳ـ درکدامیک از الگوهای تنفسی زیر، توصیه دمیدن در فضای بسته (کیسه پلاستیکی) مفید می‌باشد؟ (۸۶)
الف) Hypoventilation ب) Hyperventilation
ج) Biot respiration د) Bradypnea

۳۴ـ شنیدن صدای تنفس خس‌خس (Wheezing) اصولاً ناشی از احتمال بروز می‌باشد. (۸۶)
الف) تنگی برونش و راه‌های هوایی ب) اتساع راه‌های هوایی
ج) تجمع مایعات در خانه‌های ششی د) التهاب پرده جنب

۳۵ـ کدامیک از موارد زیر در افزایش فشار داخل مغز تأثیر بیشتری دارد؟ (۸۶)
الف) وضعیت نیمه نشسته ب) استراحت مطلق
ج) استفاده از دیورتیک‌ها د) سرفه و ساکشن طولانی

۳۶ـ به منظور تزریق وریدی ۷۰ میلی‌گرم از ویال زایلوکائین ۱٪ چند میلی‌لیتر تزریق می‌شود؟ (۸۶)
الف) ۱۰ میلی‌لیتر ب) ۷ میلی‌لیتر
ج) ۵ میلی‌لیتر د) ۳/۵ میلی‌لیتر

۳۷ـ در خصوص بیماری که به علت نارسایی قلب روی قرص دیگوکسین قرار گرفته، کدام توصیه را مناسب‌تر می‌دانید؟ (۸۶)
الف) کنترل فشار خون قبل از استفاده از دارو
ب) کنترل درجه حرارت قبل از استفاده از دارو
ج) کنترل نبض قبل از استفاده دارو
د) کنترل الگوی تنفسی قبل از استفاده از دارو

۳۸ـ به منظور انفوزیون ۵ میکروگرم نیتروگلیسیرین (۵ میلی‌گرم از دارو در ۱۰۰ میلی‌لیتر میکروست) چند قطره میکروست تنظیم می‌نمایید؟ (۸۶)

الف) ۵ قطره ب) ۵۰ قطره
ج) ۱۰ قطره د) ۱۵ قطره

۳۹ـ به منظور استفاده از اکسیژن به مقدار ۴۰٪ از طریق سوند بینی چند لیتر در دقیقه تنظیم می‌نمایید؟ (۸۶)

الف) ۵ لیتر در دقیقه ب) ۱۰ لیتر در دقیقه
ج) ۲ لیتر در دقیقه د) ۶ لیتر در دقیقه

۴۰ـ مقدار مایع پیشنهادی برای بیمار که بازده ادراری ندارد (همودیالیزی) برای ۲۴ ساعت چقدر می‌باشد؟ (۸۶)

الف) در حد رفع تشنگی و رضایت بیمار ب) ۸۰۰-۵۰۰ میلی‌لیتر
ج) در حدود ۳۰ میلی‌لیتر در ساعت د) حدود ۳ لیتر در شبانه‌روز

پرستاری داخلی و جراحی (آزاد ۱۳۸۶)

۱ـ مرد ۵۵ ساله سیگاری با سابقه دیابت که حدود ۳ ماه پیش از دردهای پشت جناغ سینه به مدت ۲ تا ۱۰ دقیقه شاکی است، مراجعه نموده است. این دردها با استراحت بهبود می‌یابد. به نظر شما کدامیک از تشخیص‌های زیر بیشتر مطرح است؟ (۸۶)

الف) انفارکتوس میوکارد ب) پریکاردیت
ج) آنژین صدری مزمن پایدار د) آنژین صدری ناپایدار

۲ـ آقای ۴۵ ساله به علت فشار خون تحت درمان بوده و دچار ژینکوماستی (Gynecomastia) شده است. به نظر شما کدامیک از داروهای زیر عارضه فوق را ایجاد کرده است؟ (۸۶)

الف) اسپیرونولاکتون ب) هیدروکلروتیازید
ج) فورزماید د) تریامترین H

۳ـ در کدامیک از موارد زیر تزریق ترومبولیتیک در MI کنتراندیکاسیون مطلق دارد؟ (۸۶)

الف) سابقه زخم اثنی‌عشر
ب) دوره خونریزی قاعدگی
ج) CPR که بیش از ۱۰ دقیقه طول کشیده باشد.
د) سابقه سکته مغزی در یک سال اخیر

۴ـ خانمی ۵۰ ساله که سابقه COPD دارد، با تشدید علائم مراجعه کرده است. به نظر شما شایع‌ترین علتی که ممکن است باعث تشدید علائم بیماری شده باشد، کدام است؟ (۸۶)

الف) میومتری ب) تراکئوبرونشیت حاد
ج) نارسایی قلب چپ د) آمبولی ریه

۵ـ خانمی ۴۵ ساله به علت آسم به درمانگاه اورژانس مراجعه کرده است. به نظر شما کدامیک از داروهای زیر در خط اول درمان است؟ (۸۶)

الف) بتا ۲ آگونیست
ب) آنتی‌کلینرژیک
ج) متیل گزانتین
د) کورتیکوستروئید

۶ـ بیمار مبتلا به نارسایی کلیه که همودیالیز می‌شود، با فشار خون ۱۸۰ میلی‌متر جیوه و ضربان قلب ۱۱۰ در دقیقه و تعداد تنفس ۶۲ در دقیقه به بیمارستان آورده شده است. تنفس وی کوتاه و ادم ۲+ دارد و روز گذشته دیالیز شده است. کدامیک از مداخلات پرستاری ذیل اولویت دارد؟ (۸۶)

الف) آماده کردن بیمار جهت همودیالیز
ب) محدود نمودن مایعات دریافتی بیمار
ج) قرار دادن بیمار در تخت به صورت بالاتر از سر
د) تجویز اکسیژن

۷ـ خانمی به علت ابتلا به هرپس ژنیتال به بیمارستان مراجعه کرده است. هنگام ترخیص کدامیک از آموزش‌های زیر بایستی به وی داده شود؟ (۸۶)

الف) هرساله آزمایش پاپانیکولا انجام شود.
ب) در صورت وجود ضایعات شریک جنسی، باید از کاندوم استفاده نماید.
ج) حتی‌الامکان از استرس و آشفتگی روانی پرهیز شود.
د) از لوبریکانت محلول در آب جهت رفع خارش استفاده نماید.

۸ـ بیماری برای درمان زخم اثنی‌عشر، یک دوره درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری به مدت دو هفته انجام داده است. در حال حاضر هیچ شکایتی ندارد. به منظور پیگیری و اثبات ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری چه توصیه‌ای به وی می‌کنید؟ (۸۶)

الف) انجام اندوسکوپی و نمونه‌برداری برای تست اوره‌آز سریع، بعد از قطع دارو
ب) انجام تست تنفسی اوره‌آز یک ماه بعد از قطع دارو
ج) بررسی سطح سرمی IgG ضدهلیکوباکتر، سه ماه بعد از قطع دارو
د) بررسی سطح سرمی IgG ضدهلیکوباکتر، یک ماه بعد از قطع دارو

۹ـ مرد ۳۰ ساله‌ای به دلیل احساس خستگی مفرط، ادم جنرالیزه، ضعف عضلانی پروگزیمال اندام‌ها و افزایش سطح کراتین‌کیناز

(CPK) تحت بررسی است و EMG تغییرات میوپاتیک را نشان می‌دهد، ولی در بیوپسی عضلانی، التهاب نشان داده نشده است. علائم فوق از ماه قبل به تدریج شدیدتر شده است. به نظر شما پزشک کدامیک از بیماری‌های زیر را پیگیری خواهد کرد؟ (۸۶)

الف) هیپرتیروئیدی ب) هیپرپاراتیروئیدی
ج) هیپوپاراتیروئیدی د) هیپوتیروئیدی

۱۰ـ خانم ۲۵ ساله متأهل که باردار نشده است، به علت خونریزی شدید گوارشی به اورژانس آورده شده است. گروه خونی بیمار B منفی بوده، لیکن به علت خونریزی شدید مجبور به تزریق ۲ واحد گلبول قرمز متراکم از نوع B مثبت شده‌اند. از نظر پرستاری، کدام اقدام زیر باید پیگیری شود؟ (۸۶)

الف) تزریق آمپول Rhogam ب) تزریق آمپول IVIG
ج) دیالیز بیمار جهت خارج شدن آنتی‌ژن Rh د) پیگیری بیمار از همولیز

۱۱ـ بیماری به دنبال آنژین استرپتوکوکی دچار پلی‌آرتریت مهاجر و کاردیت گردیده است و به بیمارستان مراجعه کرده است. پرستار در آموزش به بیمار احتمال ابتلا به آرتریت کدامیک از مفاصل زیر راکمتر از سایر مفاصل ذکر می‌کند؟ (۸۶)

الف) Ankle ب) Elbow
ج) Knee د) Hip

۱۲ـ برای تشخیص Congenital Dislocation of Hip (CDH) در نوزاد، کدام مورد زیر باارزش‌تر است؟ (۸۶)

الف) تست Telescoping ب) تست بارلو
ج) محدودیت شدید حرکات لگن د) رادیوگرافی ساده

۱۳ـ در بیمار مبتلا به سل ریه تحت رژیم درمانی ۴ دارویی استاندارد که به علت تپش مراجعه کرده است، آزمایش پلاکت $50000mm^3$ گزارش شده است. پرستار انتظار دارد پزشک کدام اقدام زیر را انجام دهد؟ (۸۶)

الف) قطع پیرازینامید و شروع مجدد پس از افزایش پلاکت

ب) قطع INH و شروع مجدد بعد از افزایش پلاکت
ج) قطع دینامپین و ممنوعیت شروع مجدد
د) قطع اتانبوتول و ممنوعیت شروع مجدد

۱۴ـ پرستار در آموزش به بیمار اظهار می‌دارد "بعد از بهبودی ضایعات، احتمالاً اسکار بر جای خواهد ماند." وی مبتلا به کدامیک از بیماری‌های پوستی زیر است؟ (۸۶)

الف) پمفیگوس ولگاریس
ب) لوپوس اریتماتودیسکوئید
ج) اریتم مولتی‌فرم مینور
د) درماتیت هرپتی‌فرم

۱۵ـ کدامیک از آمینوگلیکوزیدهای زیر بیشترین سمیت کلیوی را دارد؟ (۸۶)

الف) نئومایسین
ب) توبرامایسین
ج) جنتامایسین
د) استرپتومایسین

۱۶ـ کدامیک از علائم زیر در تشخیص بین سنکوپ و صرع کمک بیشتری به پرستار می‌نماید؟ (۸۶)

الف) وضعیت خفیف تونیک (Tonic) در اندام‌ها
ب) حرکات پرشی خفیف در اندام‌ها
ج) وجود کنفوزیون (Confusion) بعد از حمله
د) بی‌اختیاری ادرار

۱۷ـ جوان ۱۲ ساله‌ای برای اولین بار با کاهش سطح هوشیاری مراجعه کرده، با تشخیص کتواسیدوز دیابتی بستری و پس از بهبودی دید چشم‌ها کامل است. در هنگام ترخیص چه توصیه‌ای به وی و خانواده می‌کنید؟ (۸۶)

الف) هر ۲ ماه باید توسط چشم‌پزشک معاینه گردد.
ب) هر ۶ ماه باید توسط چشم‌پزشک معاینه گردد.
ج) طی ۳ سال آینده باید توسط چشم‌پزشک معاینه گردد.
د) تا ۵ سال آینده به معاینه چشم‌پزشک نیاز ندارد.

۱۸ـ جوان ۲۵ ساله‌ای با برق‌گرفتگی به بیمارستان ارجاع داده شده

است. در معاینه تنفس سطحی و تند، ۵۰ تنفس در دقیقه و Confused است. قلب سالم و در محل برق‌گرفتگی زخم وجود دارد. اولین اقدام پرستاری کدام است؟ (۸۶)

الف) ECG و شروع دارودرمانی به تجویز پزشک
ب) برقراری IV Line و تزریق مایعات وریدی فراوان
ج) دبریدمان اورژانس محل زخم
د) حمایت تنفسی از بیمار

۱۹ـ پرستار باید حداکثر غلظت مجاز پتاسیم در یک سرم تزریقی چقدر است؟ (۸۶)

الف) ۴۰mEq/L ب) ۳۰mEq/L
ج) ۲۰mEq/L د) ۵mEq/L

۲۰ـ پسر ۱۳ ساله‌ای که ۵ سال پیش در اثر تروما، اسپلنکتومی شده، برای پیگیری واکسیناسیون پنوموکوک مراجعه کرده است. مناسب‌ترین توصیه شما کدام مورد زیر است؟ (۸۶)

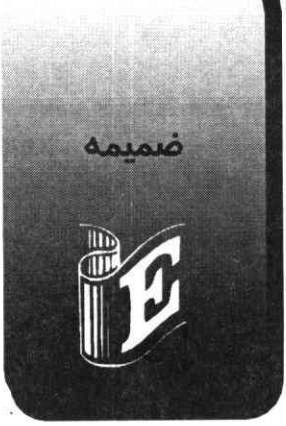
الف) از زمان یادآوری واکسن گذشته و نیازی به تزریق وجود ندارد.
ب) Dose یادآوری واکسن پنوموکوک بیمار را باید تزریق کرد.
ج) حداکثر مصونیت واکسن پنوموکوک ۱۰ سال است و اکنون نیاز به تزریق وجود ندارد.
د) تزریق واکسن پنوموکوک در افراد برای ایجاد مصونیت لازم فقط یک بار است.

فروش بیش از ده‌هاهزار نسخه از ترجمه‌های ۲۰استاد نشان از حسن انتخاب شماست

سری ۱۶ جلدی داخلی و جراحی برونر (ترجمه ۲۰استاد) ویرایش یازدهم ۲۰۰۸

برخی از مشخصات منحصر به فرد این ترجمه

- DVD رایگان متن انگلیسی با تصاویر رنگی و قابلیت جستجو
- ترجمه‌ی کامل و قابل مقایسه با متن انگلیسی از نظر مطابقت بخش‌ها، فصل‌ها، تصاویر، جداول، نمودارها و...
- ضمیمه‌های آزمایشگاهی مهم
- سوالات کنکور ارشد سراسری، مدرس و آزاد
- نمایه (ایندکس) در پایان همه‌ی کتاب‌ها جهت جستجوی سریع



نمایه

الف

آبدنگی، نبض، ۱۰۲
آبسه ریه، ۵۸۳
آبسه‌های مغزی، ۱۴۶
آب مروارید، ۲۹۷
آپاندیسیت، ۱۰۴
آپراکسی، ۵۰۴
آپرسولین، ۸۱۴
آپوپتوزیس، ۵۷۸
آترواسکلروز، ۱۰۹
آترواسکلروز شریان‌های کرونر، ۳۳۹
آتیوان، ۷۲۲
آدریامایسین، ۵۶۸
آدیسون، ۵۰
آرتریت روماتوئید (RA)، ۱۱۱
آرتریت نقرس حاد، ۴۵۸
آرتریواسکلروز، ۱۰۹
آریسپت، ۵۷
آریستوکورت، ۷۵۸
آریمیدکس، ۲۰۵
آزاتیوپرین، ۶۱۱
آزولفیدین، ۸۴۰
آساکول، ۸۴۱
آسپاراژنیاز، ۵۷۸
آسپرین، ۹۸، ۱۸۱، ۷۲۴
آسپیراسیون سوزنی، ۳۹۶
آستریکیس، ۵۰۴
آسم، ۱۱۸
آسم پایدار، ۱۲۲
آسیب تروماتیک مغز، ۴۷۵
آسیب منتشر آکسونی، ۴۷۸
آکاتیزیا، ۵۲۲
آکرومگالی، ۷۳۶
آکلریدری، ۴۴۴
آگریلین، ۷۵۰
آلبومین، ۱۸۲
آلتپلاز، ۶۳۰

آلزایمر، ۵۵
آلکالوئیدهای وینکا، ۵۷۷
آلکران، ۶۰۷
آلموتریپتان، ۴۷۱
آلدرونات، ۶۵۴
آمانتادین، ۶۱۱
آمایروزیس فوگاکس، ۸۲۹
آمبولی ریه، ۷۶۵، ۷۷۱
آمبولی سرخرگی و ترومبوز سرخرگی، ۱۰۷
آمپی‌سیلین، ۶۰۱
آمپیم، ۳۹۵
آمپیم حفره‌ای، ۳۹۵
آمرگ، ۴۷۱
آمفوتریسین ا، ۶۰۱
آمفیزم ریوی، ۳۹۳
آملودیپین، ۹۸
آموکسی‌سیلین، ۴۴۵
آمیکار، ۵۰۰، ۵۵۴
آمیلوئیدروزیس، ۵۴۶
آمینوترانس فراز سرم، ۴۱۶
آمینوکاپروئیک اسید، ۵۰۰
آمینوگلوتتیماید، ۲۰۵
آناسترازول، ۲۰۵
آناستوموز ایلئوآنال، ۱۴۳
آنافیلاکسی، ۶۳
آنتابیوس، ۳۷۲
آنتراسایکلین، ۵۸۳
آنتریت منطقه‌ای، ۷۸۰
آنتی‌دینازا، ۴۵۳
آنتی‌دیورتیک هورمون، ۳۵۶
آندوکاردیت روماتیسمی، ۴۰۰
آندوکاردیت عفونی، ۳۹۷
آنزیم آلفا یک آنتی‌تریپسین، ۳۹۳
آنژین صدری، ۹۶
آنسفالوپاتی کبدی، ۵۰۳
آنفارکتوس میوکارد، ۶۲۸
آنفولانزا، ۵۶۴
آنگرلید، ۷۵۰
آنمی، ۶۶
آپلاستیک، ۷۱
سلول داسی شکل، ۷۹
فقر آهن، ۷۳
کاهش تکثیر، ۷۱
مگالوبلاستیک، ۷۶
آنوریسم
آئورتی سینه‌ای، ۸۷
آئورتی شکمی، ۸۸
داخل جمجمه‌ای، ۹۰
ساکولار، ۴۸۰
سینه‌ای، ۸۶
شکافنده، ۸۶، ۸۸
شکمی، ۸۶
قارچی، ۳۹۹
میکوتیک، ۳۹۹
آنوریسم، آئورت، ۸۶
آنوریسمال، ۱۳۶
آنوریسم‌های قارچی، ۸۶
آنیسترپلاز، ۷۶۷
آنیسترپلاز امیناز، ۶۳۰
آوونکس، ۶۱۰
اپتیکال ایمنواسی ، ۷۳۰
اپسیلون آمینوکاپروئیک اسید، ۵۵۴
اپشتین‌بار، ۴۵۳
اپوژن، ۷۸۵
اپیدیدیمکتومی، ۴۰۶
اپیدیدیمیت، ۴۰۵
اپیستاکسیس، ۴۱۴
اپی‌نفرین، ۷۳۳
اتاکرینیک اسید، ۷۸۴
اتوزوکسیماید، ۴۰۹
اختلالات دیورتیکولی، ۳۸۸
اختلالات ورید، ۸۶۲

ادروفونیوم، ۶۲۳
ادم‌ریوی، حاد، ۷۶۲
ادم‌لنفاوی، ۵۸۶
ادم‌لنفاوی پراکوکس، ۵۸۶
ارتوپنه، ۴۹۰
ارگوتامین، ۴۷۱
اروکیناز آلتپلاز، ۷۶۷
اریتروپوئتین وریدی، ۷۸۵
اریتماتوز عمومی (قرمز)، ۴۲۰
ازوتمی، ۱۳۳
ازوفاگکتومی، ۲۲۸
اسپاستیسیتی، ۶۲
استئوآرتریت، ۶۴۲
استئواینداکشن، ۴۲۸
استئوژنزیس، ۴۲۸
استئوفیت، ۶۴۳
استئومالاسی، ۶۴۵
استئومیلیت، ۶۴۸
استخوان‌سازی هتروتروفیک، ۴۲۳
استرپتوکوکوس پنومونیه، ۳۲۶
استرپتوکیناز، ۳۹۶، ۷۶۷
استروپتوکیناز، ۶۳۰
استرویت، ۸۵۸
استریوتاکتیک تالاموتومی، ۶۷۲
استوپور، ۵۵۸
استونل، ۶۵۴
اسکلروز جانبی آمیوتروفیک، ۶۱
اسکلروز متعدد، ۶۰۸
اسکلروزیس ندولار، ۵۱۷
اسلایدینگ، ۵۱۳
اسهال، ۳۷۷
اسموتیک، ۳۷۸
ترشحی، ۳۷۸
مخلوط، ۳۷۸
اسیدفولیک، کمبود، ۷۶
اشرشیاکولی، ۳۵۰
اغمای کبدی، ۵۰۳
افت فشار خون وضعیتی، ۳۶۶
افزایش فشار داخل جمجمه، ۵۵۷
افزایش فشار داخل چشم، ۴۴۸
اکتیواز، ۶۳۰
اکسایشی، استرس، ۵۵
اکستنشن باک، ۴۳۶
اگزودا، ۷۳۷
اگزوفتالموس، ۵۳۲
ال ـ دوپا، ۵۲۱
السکن، ۵۷
الفانتیازیس، ۵۸۶
الکتروآنسفالوگرام، ۵۰۴
الکتروانسفالوگرام، ۴۰۹
امتوپرولول، ۹۸
امنتکتومی، ۲۵۹
انترتینات، ۷۵۹
انتروپومتریک، ۱۸۲
انتروستومال، ۶۶۵
اندارترکتومی، ۸۳۰
اندارولوژیک، ۸۵۷
اندومتریوز، ۴۰۲
انسداد روده بزرگ، ۱۴۲
انسداد روده کوچک، ۱۴۴
انسولین
اولترالنت، ۳۷۱
بازال، ۳۷۱
ریگولار، ۳۷۰
زینک کریستالین، ۳۷۰
گلارگین، ۳۷۱
لیسپرو، ۳۷۰
انعقاد منتشر داخل عروقی، ۳۸۳
انیکتریک، ۵۰۷
اوتیت میانی حاد، ۶۵۷
اوتیت میانی مزمن، ۶۵۸
اورا، ۴۰۷، ۴۶۸، ۵۹۷

اورلیستات، ۶۳۹
اوریون، ۴۵۳
اوسیکل‌ها، ۶۵۸
اوفورکتومی، ۶۵۳
اوکترئوتید استات، ۳۴
اوکتریوتید، ۴۱۷
اولتراسوند سانتی‌گراف، ۷۳۳
اولکرانون بورسا، ۴۵۹
اویستا، ۲۰۳
اویستا، ۶۵۴
ایباندرونات، ۶۵۴
ایدارویسین، ۵۸۱
ایدز، ۲۷
ایزونیازید، ۸۱۴
ایست قلبی، ۲۹۱
ایسکمیک ولکمن، شکستگی، ۴۳۱
ایماتینیب مسیلات، ۵۸۳
ایمنی سنجش آنزیمی، ۳۱
ایمودیوم، ۳۸۰
ایمیوران، ۶۳۸
ایمیترکس، ۴۷۱
اینترفرون، ۵۱۲، ۶۱۱
اینترفرون آلفا، ۷۵۰
اینتروفرن ـ بتا، ۶۱۰
اینترون ـ ا، ۵۱۲
ایندرال، ۴۱۸، ۶۱۱

ب

باتل، ۴۷۶
باسیل کالمت ـ گرین، ۲۰۱
باکلوفن، ۶۲، ۶۱۱
بتا ـ ح۱، ۶۱۰
بتاسرون، ۶۱۰
بحران آدیسونی، ۵۱
بحران تیروتوکسیک، ۸۲۱
بحران کولینرژیک، ۶۲۳
بحران میاستنیک، ۶۲۳
بحران هیپرتانسیو، ۵۲۵
براکی‌تراپی، ۱۵۲
برگر، بیماری، ۱۵۶
برودزینسکی مثبت، علامت، ۶۰۰
برونشکتازی، ۱۵۲
برونشیت مزمن، ۱۵۴
بلئومایسین، ۵۶۸
بنادریل، ۷۵۴
بنزودیازپین‌ها، ۶۱۱
بوبروپیون هیدروکلراید، ۶۳۹
بوتیروفنون‌ها، ۵۲۱
بودیپین، ۶۷۱
بوربوریگموس، ۳۷۸
بوسولفان، ۵۸۲
بوی میوه، ۳۷۴
بیسفسفونات، ۶۰۷
بیسفسفوناتس، ۶۵۴
بیسموت/پتوبیسمول، ۴۴۵
بیضه‌برداری، ۲۸۳
بی‌فسفونات، ۵۵۴
بی قراری حرکتی، ۵۲۲
بیگوانید، ۳۷۳
بیماری انسداد شرایین محیطی، ۷۲۳
بیماری دئنراتیو مفصل، ۶۴۲
بیماری قلبی ریوی، ۷۷۱
بیماری کرون، ۷۸۰
بیماری کلیه در مرحله انتهایی، ۷۸۸
بیماری مزمن انسدادی ریه، ۳۲۲
بیهوش، بیمار، ۸۴۸

پ

پارازوفازیال، ۵۱۳
پارکینسون، ۶۶۹
پارلودل، ۶۷۱
پاژه، ۱۳۶

پالیدوتومی، ۶۷۳
پاناسینار، ۳۹۳
پانکراتیت حاد، ۶۶۰
پانکراتیت مزمن، ۶۶۷
پانکرونیوم، ۴۸، ۵۵۹
پانیکولکتومی، ۶۴۰
پاوولن، ۵۵۹
پاوولین، ۴۸
پتشی، ۴۲۴
پدیده داون، ۳۷۲
پرادراری، ۳۵۶
پرامیپکسول، ۶۷۱
پرتودرمانی، ۱۹۳
پرحساسیتی نوع I، ۶۳
پردنیزون، ۵۷۸
پرسانتین، ۱۸۱
پرگولید، ۶۷۱
پرماکس، ۶۷۱
پرنوشی، ۳۵۷
پرنیشز، کم‌خونی، ۴۴۳
پروبنسید، ۴۶۰
پروپاسیل، ۵۳۴
پروپرانولول، ۴۱۸
پروپیل تیولوراسیل، ۵۳۴
پروزاک، ۶۱۱
پروستاتکتومی، ۱۳۲
پروستاتکتومی پرینال، ۱۳۵
پروستاتکتومی رادیکال، ۲۶۴
پروستاتودینیا، ۷۵۱
پروستاتیت، ۷۵۱
باکتریال حاد، ۷۵۱
غیر باکتریال، ۷۵۳
مزمن، ۷۵۲
پروستیگمین، ۶۲۴
پروسکار، ۱۳۴
پروکائین آمید، ۸۱۴
پرولاپس دریچه میترال، ۶۰۵
پرونستیل، ۸۱۴
پریتونیت، ۷۲۷
پریکاردیت، ۶۹۱
پریمیدون، ۴۰۹
پس‌زدن خون، ۱۰۱
پسودوکیست، ۴۰۲
پسورالن، ۷۵۹
پسوریازیس، ۷۵۵
پکلی‌تاکسیل، ۲۵۹
پلاسما فرزیس، ۴۵۴، ۶۲۴
پلاویکس، ۹۸، ۷۲۵
پلتال، ۷۲۴
پلورال افیوژن، ۷۳۷
پلورزی، ۷۳۹
پلورودزیس شیمیایی، ۷۳۸
پلی‌اوری، ۳۵۷
پلی‌سایتمی، ۷۴۹
ثانویه، ۷۴۹
ورا (اولیه)، ۷۴۹
پمفیگوس، ۶۷۹
پمولین، ۶۱۱
پنتاسا، ۸۴۱
پنوموتوراکس، ۷۴۶
پنوموتوراکس باز، ۷۴۸
پنوموتوراکس فشاری، ۷۴۷
پنوموسیستیس کارینی، ۲۸
پنومونی، ۷۴۰
پنی‌سیلین، ۶۰۱
پنی‌سیلیناز مقاوم به پنی‌سیلین، ۵۵۷
پورپورای ترومبوسیتوپنی ایدیوپاتیک، ۵۵۳
پورینتول، ۵۸۱
پوکی استخوان، ۶۵۲
پیپراسیلین، ۵۸۵، ۶۰۱
پیترسین، ۴۱۸
پیچ تحت عنکبوتیه، ۵۵۹

پیچ خوردگی، ۶۱۸
پیریدوستیگمین بروماید، ۶۲۴
پیکا، ۶۷
پیگمانته، ۲۷۱، ۳۱۵
پیلونفریت حاد، ۷۷۶
پیلونفریت مزمن، ۷۷۷
پیوند مغز استخوان، ۱۹۷

ت

تاپازول، ۵۳۴
تازوباکتام، ۵۸۵
تاکسان، ۱۹۶
تاکسول، ۲۰۵، ۲۵۹
تامپوناد قلبی، ۶۹۱
تاموکسیفن، ۲۲۶
تاموکسیفین، ۲۰۳
تتانی نهفته توسط علایم تروسو، ۵۴۳
تترابنازین، ۵۲۱
تترایکلین، ۴۴۵
تدابیر پرستاری بعد از عمل، ۲۴۷
ترازوسین، ۱۳۴
تراکشن بالای صورت، ۴۳۱
تراکشن متعادل طرفی بازو، ۴۳۱
تراکم املاح استخوان، ۶۵۳
ترانسفرین، ۱۸۲
ترکیب‌تری متوپریم، ۷۷۸
ترمریک، ۳۵
ترومبوآنژیت انسدادی، ۱۵۶
ترومبوز ورید عمقی، ۸۶۲
ترومبوز وریدی، ۸۶۲
ترومبوسیتوپنی، ۸۱۸
ترومبوفلبیت، ۸۶۲
ترومبولیتیک‌ها، ۶۳۰
تریاد ویرچو، ۸۶۲
تری‌مکس، ۷۵۸
تزریقات داخل ضایعه تریامسینولون استونااید، ۷۵۸
تعدیل‌کننده‌های پاسخ بیولوژیک، ۱۹۸
تکان مغزی، ۴۷۷
تک‌حنجره‌ای، ۱۳۶
تمپانوپلاستی، ۶۵۹
تمپانوتومی، ۶۵۸
تمپانیک، ۸۵۳
تندرنس پشت گوش، ۵۸۹
تندرنس زاویه دنده‌ای ـ مهره‌ای، ۴۵۳
تنسموس، ۸۳۹
تنسیلون، ۶۲۳
تنفس لب غنچه‌ای، ۳۹۶
تنگی آئورت، ۱۰۳
تنگی میترال، ۶۰۴
تنگی نفس حمله‌ای شبانه، ۴۹۰
تنگی نفس هنگام فعالیت، ۴۹۰
توبرکلوز، ۲۸
توبرکلوزیس، ریوی، ۸۳۳
توپرول، ۹۸
تورازین، ۸۱۴
توراسنتز، ۳۹۶
توفی، ۴۵۹
توکسوپلاسما گوندی‌ئی، ۳۰
تومور مغزی، ۱۴۸
تومورها
 اثوزینوفیلیک، ۷۳۵
 بازوفیلیک، ۷۳۶
 کروموفوبیک، ۷۳۶
 هیپوفیز، ۷۳۶
تومورهای استخوان، ۱۳۵
تومورهای خوش‌خیم استخوانی، ۱۳۵
تومورهای هیپوفیز، ۷۳۵
تیازولیدین‌دیون، ۳۷۳
تیتر آنتی‌استرپتولیزین ـ پ، ۴۵۳
تیروئیدیت حاد، ۸۱۹
تیروئیدیت دی کوروین، ۸۱۹

تیروئیدیت، مزمن، ۸۲۱
تیروئیدیت هاشیموتو، ۵۴۶، ۸۲۱
تیروتوکسیکوز، ۵۳۲
تیک دولورکسی، ۸۳۰
تیک عضلانی، ۶۱
تیکلوپیدین، ۹۸، ۷۲۴
تیکلید، ۹۸، ۷۲۴
تیمکتومی، ۶۲۴
تیوگزانتنها، ۵۲۱

ج

جئوکرمن ترایی، ۷۵۹
جانکیت، ۷۱۳
جت اینجکتورها، ۳۷۱
جراحی باریاتریک، ۶۴۰
جراحی الکتیوریکانستراکتیو، ۲۰۵
جراحی انحرافی عروق کرونری، ۹۸
جراحی بای‌پس‌کرونر، ۴۹۲
جلیقه هاله، ۸۰۵
جمع‌شدگی‌ها، ۸۵۱

چ

چاقی مرضی، ۶۳۹
چلات‌شدن، ۸۱
چوستوک، ۵۴۳

ح

حاملگی خارج رحمی، ۴۰۵
حرکات غیر ارادی کره‌ای شکل، ۵۲۰
حمله ایسکمیک، ۳۰۰
حمله ایسکمیک موقت، ۸۲۸

خ

خارش، ۷۵۳
خرخر، ۳۹۴
خودکنترلی سطوح قندخون، ۳۶۹
خون‌ریزی از بینی، ۴۱۴
خون‌ریزی داخل جمجمه‌ای، ۴۷۸

د

داتونوروبیسین، ۵۷۸
دانازول، ۴۰۳
دانترولن سدیم، ۶۳
دانوروبیسین، ۵۸۱
دانوکرین، ۴۰۳
دانومایسین، ۵۸۳
دپاکوت، ۴۷۲
دردزدایی تحت کنترل بیمار (PCA)، ۸۵
درد قفسه‌سینه، ۶۳۲
دررفتگی مفصل، ۶۱۸، ۶۱۹
درماتوز سبوره‌ای، ۷۹۴
درماتیت پوسته‌ای (ورقه‌ای)، ۴۲۰
درماتیت تماسی، ۳۳۸
درمان هورمونی جایگزین، ۲۲۶
دروناینول، ۳۴
دسربره، ۵۵۸
دسموپرسین، ۳۵۷، ۵۰۰
دکسوروبیسین، ۵۷۹
دکورتیکه، ۵۵۸
دلیریوم، ۴۲۴
دمکلوسیکلین، ۳۵۶
دوبوتامین، ۴۹۲
دوکسپین، ۷۵۵
دوکسوروبیسین، ۵۶۸
دونپزیل، ۵۷
دیابت، انواع، ۳۵۹
دیابت بی‌مزه، ۳۵۶
دیابت، عوارض، ۳۶۱
دیابت ملیتوس، ۳۵۸
حاملگی، ۳۶۰
نوع ۲: غیر وابسته به انسولین، ۳۵۹
نوع ۱: وابسته به انسولین)، ۳۵۹

دیابینز، ۳۵۸
دی اتیل استیل بسترول، ۲۰۵
دی‌اتیل استیل‌بسترول، ۲۶۵
دیازپام وریدی، ۴۰۹
دیافراگمی، تنفس، ۳۹۶
دیپیریدامول، ۱۸۱
دی‌دزوکسی‌سیتیدین، ۳۳
دیس‌آرتریا، ۳۰۱
دِیسپارونی، ۴۰۳
دیستروفی عضلانی، ۶۱۶
دی‌سولفیرام، ۳۷۲
دیفنوکسیلات، ۳۸۰
دیفن هیدرامین، ۷۵۴
دیلانتین، ۹۴، ۴۱۲
دیلتیازم، ۹۸
دیوالپروکس سدیم، ۴۷۲
دیورتیکولوزیس، ۳۸۸
دیورتیکولوم، ۳۸۸
دیورتیکولیت، ۳۸۹
دی هیدروارگوتامین، ۴۷۱

ر

رات اسپات، ۳۹۸
رادیوآلرگوسوربنت، ۶۵
رالوکسیفن، ۶۵۴
رالوکسیفین، ۲۰۳
رانیتیدین، ۱۶۵
ربتول، ۵۱۲
رتپلاز، ۶۳۰
رجیتین، ۷۳۴
رزرپین، ۵۲۱
رزکسیون‌های ترانس‌اورترال پروستات، ۱۳۴
رگورژیتاسیون (نارسایی) میترال، ۶۰۳
رمیتیل، ۵۷
روبیتوسین بآ، ۷۳۰
روپیترول، ۶۷۱
روش کف دست، ۱۵۹
رومبلینگ، ۳۳۵
ریباویرین، ۵۱۲
ریتپلاز، ۷۶۷
رید استرنبرگ، ۵۱۷
ریزاتریپتال، ۴۷۱
ریزدرونات، ۶۵۴
ریلوزول، ۶۳
رینود، بیماری، ۷۷۹
ریواستیگمین، ۵۷

ز

زانتاک، ۱۶۵
زخم پپتیک، ۶۸۴
زرد زخم، ۴۵۲، ۵۵۶
بولوس، ۵۵۶
زمان پروتروبین ، ۳۸۳
زمان نسبی ترومبوپلاستین ، ۳۸۳
زوسین، ۵۸۵
زولمیتریپتان، ۴۷۱
زومیگ، ۴۷۱

س

ساب دورال، ۴۷۹
ساب کوندرال، ۴۵۹
سارکوم کاپوزی، ۳۰، ۵۶۶
سارگراموستیم، ۵۸۱
ساستا کال، ۷۱۳
سالپنگواوفورکتومی دو طرفه، ۲۲۶
سالپنگواووفورکتومی، ۲۵۹
ساندوستاتین، ۳۴، ۴۱۷
سایکوزیس، ۴۷۹
سبوم، ۷۹۴
سردرد، ۴۶۸
خوشه‌ای، ۴۶۸
میگرن، ۴۶۸

سرطان، ۱۷۷
آندومتر، ۲۲۵
بیضه، ۲۸۲
پانکراس، ۲۶۰
پروستات، ۲۶۳
پستان، ۲۰۲
پوست، ۲۷۱
تخمدان، ۲۵۷
تیروئید، ۲۸۴
جراحی، ۱۹۲
حفره دهان، ۲۵۱
حنجره، ۲۳۵
خون، ۵۶۹
رکتوم، ۲۱۸
ریه، ۲۴۸
کبد، ۲۴۴
کلیه، ۲۳۲
کولن، ۲۱۸
کولورکتال، ۲۱۸
مری، ۲۲۷
معده، ۲۷۷
واژن، ۲۸۶
وولو، ۲۸۷
پستان، مرحله‌بندی، ۲۰۴
دهانه رحم (سرویکس)، ۲۱۲
مثانه، ۱۹۹
سرکوب سیستم‌ایمنی، ۶۲۴
سروبیدین، ۵۸۱
سطح عملکرد شناختی رانکولایس آمیگوس، ۴۸۱
سفالژیا، ۴۶۸
سفت‌سازی، ۵۸۱
سفولاک، ۵۰۵
سنتریاسینار، ۳۹۳
سنجش اتصال آنزیمی و ضدایمنی، ۳۲
سنجش لکه‌غربی، ۳۲
سندرم
اسیتونز جانسون، ۸۲۳
پلی نوریت ریشه‌ای، ۴۶۱
پوست کنده شده، ۸۲۴
ترشح نامناسب هورمون ضد ادراری، ۸۱۳
درد موضعی پیچیده، ۴۲۳
دیستروفی تنسی بالغین، ۴۲۴
ری، ۵۶۵
زولینجرالیسون، ۶۸۴
زولینگرالیسون، ۳۷۸
شیهان، ۵۴۵
کمپارتمان، ۴۳۱
کوشینگ، ۳۴۳
گلین‌باره، ۴۶۱
هایپرگلایسمی هایپراسمولار غیرکتونی، ۳۵۹
هیپرگلیسمی هیپر سمولار بدون کتواسیدوز، ۵۲۳
انگشت پای آبی، ۸۸
تحلیل، ۳۸
دیستروفی تنسی حاد، ۴۷
کاهش وزن، ۲۹
نفروتیک، ۶۲۷
نقص ایمنی اکتسابی، ۲۷
نووس دیس پلاستیک، ۲۷۲
هورمون ضد ادراری نادرست ، ۹۵
سنگهای ادراری، ۸۵۶
سولفاسالازین، ۸۴۰
سولفامتوکسازول، ۷۷۸
سولفونیل اوره، ۳۷۳
سولفیسوکسازول، ۸۴۰
سوماتریپتان، ۴۷۱
سوماتوستاتین، ۴۱۷
سه گان کلاسیک، ۲۳۲
سیبوترامین هیدروکلراید، ۶۳۹
سیتادرن، ۲۰۵
سیتارابین، ۵۸۱
سیتروس، ۳۵۳
سیتوسار ـ U، ۵۸۱

سیتوکسان، ۶۳۸
سیتومگالوویروس، ۳۰
سیروز، کبدی، ۳۲۹
سیس‌پلاتین، ۲۵۹
سیستم درناژ واترسیل، ۳۹۶
سیستیت، ۳۵۰
سیستیت عودکننده، ۳۵۱
سیکلوسپورین، ۶۳۸
سیکلوسپورین آ، ۷۵۹
سیکلوفسفامید، ۵۷۹، ۶۱۱
سیلرت، ۶۱۱
سیلوستازول، ۷۲۴
سیمترل، ۶۱۱، ۶۷۲
سیموند، ۵۴۵
سینارل، ۴۰۴
سینتروید، ۵۴۸
سینکوان، ۷۵۵
سینمت، ۶۷۱
سینوویوم، ۴۵۹
سینه بشگه‌ای، ۳۹۴

ش

شاخص مچ‌پا-بازو، ۷۲۶
شانت پورتوکاوال، ۴۱۸
شانت پوروتوسیستمیک ، ۴۱۸
شانت مزوکاوال، ۴۱۸
شکستگی
آرنج، ۴۳۱
استخوان بازو، ۴۳۰
باز، ۴۲۲
بسته، ۴۲۲
پیچیده، ۴۲۲
ترقوه، ۴۳۰
ترکه‌ای، ۴۲۲
خردشدگی، ۴۲۲
دست و انگشتان، ۴۳۳
دنده، ۴۳۳
دیستال رادیوس، ۴۳۲
ران، ۴۳۵
ساده، ۴۲۲
کامل، ۴۲۲
کلاویکل، ۴۳۰
کولز، ۴۳۲
لگن، ۴۳۳
مچ دست، ۴۳۲
مرکب، ۴۲۲
ناقص، ۴۲۲
هومروس، ۴۳۰
شکستگی‌ها، ۴۲۲
شکستگی‌ها، جاانداختن، ۴۲۶
شلوار ضد شوک ارتشی، ۷۹۹
شنت پورت و اجوف، ۴۱۸
شوان، سلول، ۴۶۱
شوک
نوروژنیک، ۸۰۵
اسپانیال، ۸۰۵
سپتیک، ۸۰۰
کاردیوژنیک، ۷۹۵
هیپوولمیک، ۷۹۸
شیمی‌درمانی، ۱۹۵

ص

صدمات سوختگی، ۱۵۸
صدمه سر، ۴۷۵
صدمه طناب نخاعی، ۸۰۲
صدمه عضلانی ـ اسکلتی، ۶۱۸
صرع، ۴۰۷
حملات ساده منطقه‌ای، ۴۰۷
حملات عمومی، ۴۰۸
حملات منطقه‌ای مرکب، ۴۰۸
مداوم، ۴۱۱
صرع با حمله بزرگ، ۴۰۸

صفات وابسته به کروموزوم X، ۴۹۹

ض

ضدتروویروسی، ۳۲
ضربه، ۴۷۷

ط

طوفان برف، ۴۲۴
طوفان تیروئیدی، ۸۲۱

ع

عفونت دستگاه ادراری تحتانی، ۳۵۰
عفونت لگن، ۶۷۶
عفونت HIV، ۲۷
علامت روزنیک، ۱۰۵
علامت هومن مثبت، ۲۱۶

غ

غدد سبابه، ۷۹۴

ف

فئوکروموسیتوما، ۷۳۲
فارنژیت حاد، ۷۲۹
فارنژیت مزمن، ۷۳۱
فاسیکولاسیون، ۶۱
فاشیوتومی، ۴۲۷
فاکتور VIII، ۴۹۸
فاکتور IX، ۴۹۸
فتق
آکسیال، ۵۱۳
اسلایدینگ، ۵۱۳
پارالزوفاژیال، ۵۱۴
هیاتال، ۵۱۳
فتودینامیک، ۲۰۵
فتودینامیک‌تراپی، ۱۹۹
فرآیند پرستاری
آمبولی ریه، ۷۶۸
استئومالاسی، ۶۴۶
استئومیلیت، ۶۴۹
اسکلروز معتدد، ۶۱۱
اسهال، ۳۸۰
التهاب روده، ۸۴۱
انفارکتوس میوکارد، ۶۳۱
بیمار با آرتریت روماتوئید، ۱۱۳
بیمار بی‌هوش، ۵۵۹
بیمار بیهوش، ۸۴۹
بیمار تحت عمل هیسترکتومی، ۲۱۴
بیمار مبتلا به آدیسون، ۵۲
بیمار مبتلابه آسم، ۱۲۰
بیمار مبتلا به آسم پایدار، ۱۲۳
بیمار مبتلا به آلزایمر، ۵۷
بیمار مبتلا به آنژین صدری، ۹۸
بیمار مبتلا به آنمی، ۶۸
بیمار مبتلا به آنمی داسی‌شکل، ۸۲
بیمار مبتلا به آنوریسم داخل‌جمجمه‌ای، ۹۲
بیمار مبتلا به ات، ۸۳۶
بیمار مبتلا به تومور استخوانی، ۱۳۸
بیمار مبتلا به سرطان، ۱۸۰
بیمار مبتلا به سرگیجه، ۵۹۶
بیمار مبتلا به کمردرد، ۱۲۷
بیمار مبتلا به HIV/ایدز، ۳۵
بیمار مبتلا ARDS، ۴۸
بیماری مری و رفلاکس، ۵۱۴
پارکینسون، ۶۷۲
پانکراتیت، ۶۶۳
پروستاتکتومی، ۲۶۶
پسوریازیس، ۷۵۹
پمفیگوس، ۶۸۰
پنومونی، ۷۴۳
تامپوناد قلبی، ۶۹۴

تشخیص جدید دیابت، ۳۶۳
جراحی چاقی مرضی، ۶۴۰
جراحی ماستوئید، ۵۹۰
دیورتیکولیت، ۳۹۱
زخم پپتیک، ۶۸۷
سردرد، ۴۷۲
سرطان دهان، ۲۵۲
سرطان کولورکتال، ۲۲۱
سرطان مری، ۲۲۸
سرطان معده، ۲۷۸
سندرم کوشینگ، ۳۴۵
سندرم‌گلین‌باره، ۴۶۳
سنگ ادراری، ۸۵۹
سیروز کبدی، ۳۳۱
سیستیت، ۳۵۲
شکستگی ران، ۴۳۶
شکستگی مهره، ۶۵۴
صدمه حاد طناب نخاعی، ۸۰۶
صدمه سر، ۴۸۱
صرع، ۴۱۰
کاردیومیوپاتی، ۲۹۴
کوله‌سیستکتومی، ۳۱۸
گاستریت، ۳۴۵
لانژکتومی، ۲۳۷
لوسمی، ۵۷۰
مرحله اورژانس و احیا، ۱۶۰
ملانومای بدخیم، ۲۷۴
میاستنی‌گراونیس، ۶۲۴
نارسایی قلب، ۴۹۲
نارسایی کلیوی حاد، ۷۸۵
نارسایی مزمن کلیه، ۷۹۱
نکروز توکسیک اپیدرم، ۸۲۵
وولوکتومی، ۲۸۸
هموفیلی، ۵۰۰
هیپرتانسیون، ۵۲۸
هیپرتیروئیدیسم، ۵۳۶
هیپوتیروئیدیسم، ۵۴۹
فرکشن‌راب پریکاردیال، ۴۵۶
فریاد (گریه) صرع، ۴۰۸
فشار مثبت انتهای بازدمی، ۴۸
فعال‌کننده پلاسمینوژن نوع‌بافتی، ۶۳۰
فلاترمدیاستین، ۷۴۸
فلاسید، ۵۵۸
فلبوترومبوزیس، ۸۶۲
فلج بلز، ۱۳۰
فلودارابین منوفسفات، ۵۷۹
فلوسیتوزین، ۶۰۱
فلوکزی مسترون، ۲۰۵
فلوکستین، ۶۱۱
فنوباربیتال، ۴۰۹
فنوتیازین‌ها، ۵۲۱
فنی‌توئین، ۹۴، ۴۰۹
فورزماید، ۷۸۴
فوزاماکس، ۶۵۴
فوسفنی‌توئین، ۴۰۹
فولیکولیت، ۳۰
فیلاریا، ۵۸۶
فیلگراتسیم، ۵۸۱
فیناستراید، ۱۳۴

ق

قاروقور، ۳۳۵
قانون ۹، ۱۵۹
قلم‌های انسولین، ۳۷۱
قوانین روزهای بیماری، ۳۷۷

ک

کاپسایسین، ۶۴۳
کاتاراکت، ۲۹۷
کانتریزاسیون ونتریکولوگرافی رادیونوکلوئید، ۴۹۱
کاربامازپین، ۴۰۹
کاربی دوپا، ۶۷۱

کاردیازم، ۹۸
کاردیومیوپاتی‌ها، ۲۹۲
کارسینومای برونکوژنیک، ۲۴۸
کاسترد، ۷۱۳
کاسمال، تنفس، ۳۷۴
کاشکسی، ۲۹
کافرگوت، ۴۷۱
کتواسیدوز دیابتیک، ۳۷۳
کتواسیدوز دیابتیک ، ۳۵۹
کدئین دکسترومتورفان، ۷۳۰
کرایوپرسیپیتیت، ۳۸۴
کرپیتوس، ۴۲۳
کرتینیسم، ۵۳۵
کرلینگ، ۱۶۲
کریپتوکوکوس نئوفورمانس، ۳۰
کرینگ مثبت، ۶۰۰
کشیدگی، ۶۱۸
کلئوسین، ۵۸۵
کلامیدیا تراکوماتیس، ۴۰۵
کلرامبوسیل، ۵۷۹، ۵۸۲
کلرپروپامید، ۳۵۸
کلرپرومازین، ۸۱۴
کلرهگزیدین، ۵۵۷
کلستئاتوم، ۵۸۹
کلسیبایند، ۸۵۸
کلسیتریول، ۶۴۵
کلسی‌تونین، ۶۵۴
کلوپیدوگرل، ۹۸، ۷۲۵
کلوفیبرات، ۳۵۸
کلونوپین، ۶۱۱
کلیندامایسین، ۵۸۵
کمبود ویتامین B12، ۷۶
کمردرد، ۱۲۵
کم‌کاری هیپوفیز، ۵۴۵
کنالوگ، ۷۵۸
کوپاکسون، ۶۱۰
کورپولمونال، ۴۸۹، ۷۷۱
کورداتمپان، ۵۹۰
کورکومین، ۳۵
کوفتگی، ۴۷۸، ۶۱۸
کوک، ۸۴۱
کوکلئار، بیماری، ۵۹۴
کولار، ۴۸۰
کولانژیوپانکراتوگرافی رتروگرید آندوسکوپ، ۶۶۸
کولوآنال، ۲۲۰
کوله سیستیت، ۳۱۴
کوله لیتیاز، ۳۱۴
کولیت اولسراتیو، ۸۳۹
کومادین، ۱۸۱
کومیشورتومی، ۶۰۵
کونوروتین، ۶۴۳
کوهان بوفالویی، ۳۴۳
کینستتیک، ۲۰۷
کینین، ۶۳، ۵۵۵

گ

گاستروژژونوستومی، ۴۴۵
گاستریت، ۴۴۳
گاستریتوما، ۶۸۴
گالانتامین، ۵۷
گانتریسین، ۸۴۱
گچ اسپایکا، ۴۳۱
گریوز، ۵۳۱
گزنیکال، ۶۳۹
گلاتیرامر استات، ۶۱۰
گلاسگو، ۵۶۰
گلاسمیک ایندکس، ۳۶۳
گلوکوزامین، ۶۴۳
گلوکوکورتیکوئیدها، ۵۷۷
گلوکوم، ۴۴۸
گلومرولونفریت حاد، ۴۵۲
گلومرولونفریت مزمن، ۴۵۵

گلوی استرپتوکوکی، ۷۲۹

ل

لاکتولوز، ۵۰۵
لرزش دستان، ۵۰۴
لژیونلا، ۲۸
لکه‌کور در میدان بینایی، ۶۰۹
لنفانژیت، ۵۸۶
لنگیدن متناوب، ۷۲۳
لوبولار، ۳۹۳
لوپرامید، ۳۸۰
لوپوس اریتماتوس پوستی تحت حاد، ۸۱۵
لوپوس اریتماتوس سیستمیک، ۸۱۴
لورازپام، ۴۰۹، ۷۲۲
لوسمی، ۵۶۹
لنفوسیتی مزمن، ۵۷۸
میلوئیدی حاد، ۵۸۰
میلوژنوس مزمن، ۵۸۲
لنفوسیتی حاد، ۵۷۷
لوکران، ۵۷۹، ۵۸۳، ۶۳۸
لوگول، ۵۳۵
لومبار پانکچر، ۵۰۰
لوموتیل، ۳۸۰
لوند و برودر، ۱۵۹
لووتروید، ۵۴۸
لووتیروکسین صناعی، ۵۴۸
لیپوپلاستی، ۶۴۰
لیتیوم، ۳۵۶

م

مارینول، ۳۴
ماستوئید، جراحی، ۵۸۹
ماستوئیدیت، ۵۸۹
ماکسالست، ۴۷۱
مانیتورینگ همودینامیک، ۷۹۷
مانیتول، ۷۸۴
مایکوباکتریوم اووییم، ۲۸
مایکوباکتریوم توبرکلوزیس، ۳۰
مایکوپلاسما، ۷۵۱
متاتارسوفالنژیال (پتیا)، ۴۵۸
متانفرین، ۷۳۳
متی‌سرژید سانسرت، ۴۷۲
متیل ترانسفراز، ۶۷۲
متیل‌سالیسیلات، ۶۴۳
متی‌مازول، ۵۳۴
مجسترول استات، ۳۴
مراقبت پرستاری پیش از عمل جراحی، ۶۹۵
مرکاپتوپورین، ۵۸۱
مروپینم، ۵۸۵
مریدیا، ۶۳۹
مسالامین، ۸۴۱
مستینون، ۶۲۴
مقاربت دردناک، ۴۰۳
مگاس، ۳۴، ۲۰۵
مگسترول، ۲۰۵
مگلیتینید، ۳۷۳
ملانوما
آکرال ـ لنتی‌جینوس، ۲۷۳
لنتیگو ـ ملیگنا، ۲۷۲
ندولار، ۲۷۲
ملفالان، ۶۰۷
ممانتین، ۵۷
منگی، ۹۴
مننژیت، ۵۹۹
منیر، ۵۹۳
موکوسیت، ۵۷۲
مولتیپل میلوما، ۶۰۶
مهارکننده‌های آلفاگلوکوزیداز، ۳۷۳
میاستنی گراویس، ۶۲۲
میتوکسانترون، ۵۸۱، ۶۱۱
میرنگوتومی، ۵۸۹
میرینگوتومی، ۶۵۸

میکزدم، ۵۴۶
میگرن
علامت انتهایی و پایانی، ۴۷۰
مرحله اورا، ۴۶۹
مرحله اولیه، ۴۶۹
مرحله بهبودی، ۴۷۰
مرحله سردرد، ۴۷۰
میلران، ۵۸۲
میلرینون، ۴۹۲، ۷۶۴
میله بازدید، ادرار، ۳۵۲
میلین زدایی، ۴۶۱
میوتیک‌ها، ۴۵۰
میوکاردیت، ۶۳۵

ن

نئوستیگمین بروماید، ۶۲۴
نئومایسین، ۵۰۵
نابینایی موقت، ۸۲۹
ناترکور، ۷۶۴
ناخن‌های شکننده، ۶۷
ناراتریپتان، ۴۷۱
نارسایی آدرنوکورتیکال اولیه، ۵۰، ۵۱
نارسایی برق آسای کبدی، ۵۰۶
نارسایی برگشتی، ۴۹۰
نارسایی حاد کلیه، ۷۸۲
نارسایی دریچه آئورت، ۱۰۱
نارسایی رو به جلو، ۴۹۰
نارسایی سمت راست قلب، ۴۹۱
نارسایی قلب، ۴۸۹
نارسایی مزمن کلیه، ۷۸۸
نافرلین استات، ۴۰۴
نامندا، ۵۷
نبض آلترنانس، ۶۳۵
ندول‌های کوچک دردناک، ۳۹۸
نسیریت، ۷۶۴
نفوذپذیری نسبی ویگیلون، ۸۲۵
نقرس، ۴۵۸
نکرولیز سمی اپیدرم، ۸۲۳
نورایی‌نفرین، ۷۳۳
نورالژی عصب سه قلو، ۸۳۰
نورکورون، ۴۸
نورواز، ۹۸
نوروز کمر، ۱۲۹
نوروزیس، ۴۷۹
نورونتین، ۶۱۱
نولوادکس، ۲۰۳
نووانترون، ۶۱۱
نهان بیضگی، ۲۸۲
نیپراید، ۷۳۴
نیتروپروساید سدیم، ۷۳۴
نیتروفورانتوین، ۷۷۸
نیتروگلیسیرین، ۹۸
نیکولکسی، ۶۸۰

و

وارفارین، ۱۸۱
واریسلازوستر، ۴۵۳
واریس‌های خون‌ریزی دهنده مری، ۴۱۶
وازواکتیو، ۴۲۷
وازوپرسین، ۳۵۶، ۴۱۷
واکنش انسولین، ۵۴۰
والولوپلاستی، ۶۰۳
وانیلیل مندلیک اسید، ۷۳۳
وتیلیگو، ۷۸
وستیبولار، بیماری، ۵۹۴
وقایع عروق مغزی، ۳۰۰
وکورونیوم، ۴۸
ول بوترین، ۶۳۹
ولپروات، ۴۱۰
ونتریکولوستومی، ۵۵۹
ونتریکولوگرام، ۴۹۱

ویزکوساپلمنتیشن، ۶۴۳
وینکریستین، ۱۹۶
وین‌کریستین، ۵۶۸، ۵۷۸

هـ

هاریس ـ بندیکت، ۳۶۳
هالدول، ۷۲۲
هالوپریدول، ۵۲۱، ۷۲۲
هالوتستین، ۲۰۵
هانتینگتون، ۵۲۰
هایپرپلازی خوش‌خیم پروستات، ۱۳۲
هایپرترمی، ۱۹۸
هایپرناترمی، ۳۷۵
هایپوگلایسمی شبانه، ۳۷۲
هایکودان، ۷۳۰
هپاتیت
هپاتیت ویروسی، ۵۰۷
هپارین، ۹۸، ۱۸۱
هرپس زوستر، ۳۰
هرپس سیمپلکس، ۳۰
هلیکوباکترپیلوری، ۲۷۷، ۴۴۳
هماتوم اپی‌دورال، ۴۷۹
هماتوم زیر سخت شامه، ۴۷۹
هماتوم یا خون‌ریزی خارج سخت شامه‌ای، ۴۷۹
هماتوم یا خون‌ریزی داخل مغز، ۴۸۰
همارتروزیس، ۴۳۱
هموتوراکس، ۷۴۶
هموفیلوس آنفولانزا، ۳۲۶
هموفیلی، ۴۹۸
هموگلوبین گلیکوزیله، ۳۷۰
همی آرتروپلاستی، ۴۳۸
همی آنوپتیک، ۴۷۰
هوچکین، ۵۱۷
هورمون محرک تیروئید، ۵۲۳
هورمون آگونیست تجزیه کننده گنادوتروپین، ۴۰۴
هیپراوریسمی، ۴۵۸، ۴۵۹
هیپرپیرکسی، ۸۲۲
هیپرتانسیون، ۵۲۵
هیپرتانسیون بنیادی (اولیه)، ۵۲۵
هیپرتانسیون ثانویه، ۵۲۶
هیپرتانسیون ریوی، ۷۷۳
هیپرتیروئیدیسم، ۵۳۱
هیپوپاراتیروئیدیسم، ۵۴۳
هیپوتیروئیدیسم، ۵۴۶
هیپوکریدی، ۴۴۴
هیپوگلیسمی، ۵۴۰
هیپوگلیسمی خفیف، ۵۴۱
هیپوگلیسمی شدید، ۵۴۱
هیپوگلیسمی متوسط، ۵۴۱
هیدرل، ۷۵۹
هیدروکدون، ۷۳۰
هیدروکسی‌اوره، ۵۸۲
هیدروکسی اوره، ۷۵۹
هیسترکتومی توتال، ۲۲۶

ی

یبوست، ۳۳۵
یخ یخ راه رفتن، ۶۷۰
ید رادیو اکتیو، ۵۳۴
یدید پتاسیم، ۵۳۵
یرقان، ۵۰۷
یوتیروئید، ۵۳۴